

SAATTOHOIDON TOTEUTUMINEN VARKAUDEN KAUPUNGIN
TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA

Auvila Katri & Auvinen Terhi
Opinnäytetyö, kevät 2015
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Pieksämäen toimipiste
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Sairaanhoitaja (AMK)

”Tieto ja ohjeet tulee paperilla,
mutta ammattitaito tulee myös sydäimestä”

– Sitaatti vastaajalta

TIIVISTELMÄ

Auvila, Katri; Auvinen, Terhi. Saattohoidon toteutuminen Varkauden tehostetussa palveluasumisessa Pieksämäki kevät 2015, 60s.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mistä kuolevan potilaan hoitoon liittyvästä asiasta Varkauden kaupungin tehostetun palveluasumisen yksiköiden hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa lisätietoa ja koulutusta. Kyselytutkimuksen keinoin selvitettiin myös henkilökunnan näkemystä siitä, mitkä tekijät vaikuttavat saattohoidon onnistuneeseen toteutumiseen työyksikössä ja millaiseksi työntekijät kokevat saattohoito-osaamisensa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota palliatiivisen hoidon työryhmä pystyy hyödyntämään hoitajien lisäkoulutusta suunniteltaessa.

Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Varkauden kaupungin palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöryhmän sekä tehostetun palveluasumisen yksiköiden kanssa. Tutkimuksen kohderyhmänä oli noin kaksi kolmasosaa Varkauden kaupungin tehostetun palveluasumisen hoitohenkilökunnasta. Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan yksiköiden esimiehiä, sairaanhoitajia sekä lähi- ja perushoitajia. Tutkimus on enimmäkseen kvantitatiivinen, ja sen tukena käytettiin myös kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin kyselyllä, joka sisälsi strukturoituja kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Määrällinen aineisto analysoitiin Webropol-ohjelmalla ja laadullinen aineisto sisällön analyysillä.

Kyselyyn vastasi 51 työntekijää (55 %). Kysely lähetettiin 92 henkilölle. Tutkimustulosten perusteella hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitoon liittyvän osaamisensa melko hyväksi, mutta he haluavat aiheeseen liittyen myös monipuolisesti lisää koulutusta. Saattohoidon onnistuneeseen toteutumiseen liittyvinä tekijöinä hoitohenkilöstö nostaa esille enimmäkseen organisaatio- ja hoitajalähtöisiä tekijöitä, esimerkiksi hoitajamitoituksen ja vuorovaikutuksen omaisten kanssa. Koulutuksen tarpeellisimmiksi teemoiksi nousevat kuolevan potilaan hengellisten tarpeiden huomioiminen, kivun arviointi ja hoito sekä kuolemaan liittyvien oireiden arviointi ja hoito.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että työntekijät ovat motivoituneita saattohoidon kehittämiseen, mutta kehittämiseen vaadittavia resursseja ei ole riittävästi. Koulutuksen järjestäminen hoitohenkilöstölle on tärkeä osa saattohoidon laadun kehittymistä, mutta olisi tärkeää tarkastella laatua myös hoitajamitoituksen näkökulmasta.

Asiasanat: saattohoito, kuolevan potilaan hoito, kyselytutkimus, tehostettu palveluasuminen, palvelurakennemuutos, koulutus

ABSTRACT

Auvila, Katri; Auvinen, Terhi. Actualization of palliative care in municipal nursing homes in Varkaus. Pieksämäki spring 2015, 60p.

Diaconia University of Applied Sciences, Degree Program in Nursing, Degree: Bachelor of nursing.

The purpose of this research was to find out what kind of information and education nursing staff in municipal residential care homes in Varkaus needs, to provide good hospice care, to investigate how they evaluate their skills on this subject and which factors have an effect on the successful realization of hospice care. The aim of this thesis was to produce information that palliative care task force could use, providing education to nurses at the residential care homes.

This thesis is accomplished in co-operation with palliative care task force and Varkaus municipal residential care homes. The focus group of this research contains about two thirds of the nursing staff in Varkaus municipal nursing homes. The concept of nursing staff includes nurses, practical nurses and their superiors. The research method is mainly quantitative, including some qualitative details. Research data was collected by a survey, which included structured questions and open questions. Quantitative research data was analyzed with the webropol-program and qualitative research data with content analysis.

51 responded to the survey, so the response percentage was 55. Via the survey we found out that the respondents find their skills in hospice care pretty good, but wanted more education about that subject. Factors which have an effect on the successful realization of hospice care are mainly organization- or nurse-based factors, for example nurse dimensioning and interaction with the relatives. Results of the research imply that the most important needs in future education are addressing the spiritual need of the dying, assessing and caring of pain and other near-death symptoms.

Based on the research data we can say that nursing staff is highly motivated to improve hospice care in the residential care home, but limited resources are complicating the way of the development. Providing education to nurses is an important part of the quality of hospice care, but the matter should be addressed also from the nurse dimensioning point of view.

Keywords: Palliative care, hospice care, survey, nursing home, structural changes in social- and healthcare services, education

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 SAATTOHOITO	9
2.1 Saattohoidon keskeiset käsitteet	9
2.2 Suositukset saattohoidon toteuttamisesta	11
2.3 Saattohoidon etiikka	12
2.4 Saattohoidon osaamisen kehittäminen.....	13
3 KUOLEVAN POTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITO	15
3.1 Kuolevan potilaan hoitotyö.....	15
3.2 Hengelliset tarpeet	17
3.3 Kuolevan potilaan sekä omaisten kohtaaminen.....	19
3.4 Hoitotyön kirjaaminen	20
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ..	21
5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ	22
5.1 Tutkimuksen tilaaja	22
5.2 Ikääntyneiden asumispalvelut Varkaudessa	22
5.3 Ikääntyneiden asumis- ja hoitopalveluiden rakenne.....	23
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	23
6.1 Tutkimuksen kohderyhmä	23
6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen	24
6.3 Aineiston käsittely ja analysointi.....	26
7 TUTKIMUSTULOKSET	28
7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	28
7.2 Hoitohenkilöstön saattohoito-osaaminen.....	29
7.3 Hoitohenkilöstön lisätiedon ja koulutuksen tarve.....	31
7.4 Saattohoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät työyksikössä	33
8 POHDINTA	40
8.1 Tulosten tarkastelua	40
8.2 Eettisyys ja luotettavuus	43
8.3 Kyselytutkimuksen toteutus ja ammatillinen kasvu	45
8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	49

LÄHTEET	50
LIITTEET	55
LIITE 1: Kyselyn saatekirje.....	55
LIITE 2: Kyselylomake	56

1 JOHDANTO

Keväällä 2009 käytiin Sosiaali- ja terveysministeriössä keskustelua saattohoidon kehittämisestä Suomessa. Saattohoitosuosituksen laatimisen käynnistivät kansalaisaloitteet. Suositusten toteutumisen edistämiseksi tulisi pitää yllä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan Etenen teettämässä kyselyssä vuosina 2001, 2009 ja 2012 on seurattu eri sairaanhoitopiirien saattohoidon kehitystä. Kehitystä on seuranta-aikana tapahtunut, mutta parannettavaakin vielä on. Esimerkiksi saattohoitosuunnitelmat ovat seurantajaksolla kehittyneet, mutta väestön tasa-arvon varmistamiseksi tulisi saattohoitoa alueellisesti yhtenäistää. (Etene 2012.)

Saattohoito on aihe, joka herättää ihmisissä monenlaisia tunteita ja mielipiteitä. Terhokodin toiminnan 25-vuotisjuhlan kunniaksi vuonna 2013 julkaistu kirja *Elämän puu – Kirjoituksia saattohoidosta* piti osaltaan huolen siitä, että saattohoitokeskustelu säilyi yhteiskunnallisesti ajankohtaisena aiheena, sekä kunnallisella että valtakunnallisellakin tasolla. Myös kirkko on ilmaissut huolensa saattohoidon laadusta, ja vuoden 2014 yhteisvastuukeräyksen tuottoja suunnattiinkin saattohoidon kehittämiseen Suomessa. (Kirkkopalvelut ry 2014). Vaikka tarve laadukkaaseen saattohoitoon koskettaa kaikenikäisiä, ovat ikääntyneet suurin yksittäinen saattohoidettavien ryhmä.

Varkaudessa väestö ikääntyy koko maan keskiarvoa enemmän. Varkauden vanhuuspoliittisessa ohjelmassa vuosille 2007 – 2015 on linjattu palvelurakennetavoitteeksi, että yli 75-vuotiaista vain 5 % asuu laitoksessa tai vanhainkodissa. (Varkauden kaupunki 2014a). Tämän vanhuuspoliittisen ohjelman laatimisen jälkeen Varkauden ikäihmisten asumispalvelut ja laitoshoido ovat muuttuneet huomattavasti. Vanhainkoti on muutettu tehostetun palveluasumisen yksiköksi, eikä laitoksessa eli terveyskeskussairaalassa ole enää paikkoja pitkäaikaispotilaille. (Varkauden kaupunki 2015a.) Hoito- ja asumispalveluiden rakenteellisten muutosten vuoksi myös saattohoito on siirtynyt sairaalaloista enenevässä määrin tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Tehostetun palveluasumisen hoitohenkilökunta on näiden muutosten johdosta kohdannut työssään uusia haasteita, kun hoitosuhteen on nyt määrä kestää asukkaan elämän loppuun saakka.

Kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen ei ole aina helppoa. Se herättää hoitajassakin paljon tunteita. Päätöksenteko vaikeissa tilanteissa on kuitenkin helpompaa, jos ratkaisujen tueksi on tietoa, selkeät linjaukset sekä työyhteisön tuki. Mäkipään ja Krokforsin (2011, 47) mukaan sosiaalisten tilanteiden osaaminen ei tule automaattisesti koulutuksen avulla. Siihen vaikuttavat muun muassa sairaanhoitajan oma henkilöhistoria, aiemmat kokemukset sekä käytettävissä olevat resurssit. Ajan kuluessa sairaanhoitaja pystyy soveltamaan sosiaalisiin tilanteisiin erilaisia toimintamalleja, joita hänelle on työkokemuksen myötä muodostunut.

Valmistuessamme sairaanhoitajiksi voimme olla varmoja siitä, että kuolevan potilaan hoitotyö tulee jossain vaiheessa työurallamme vastaan. Sairaanhoitajan työmahdollisuudet ovat laajat ja toimintaympäristöjen vaihtuminen on tänä päivänä vilkkaampaa. Työrintamalla tapahtuvien muutosten vuoksi on tärkeää pysyä kehityksessä mukana ja päivittää tietoja toimenkuvan mukaiseksi. Yksi osa sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia on hoitotyön kehittäminen ja siihen haluamme omalta osaltamme panostaa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Varkauden kaupungin tehostetussa palveluasumisessa työskentelevän hoitohenkilökunnan saattohoidon osaamista, saattohoitoon liittyvää koulutustarvetta sekä tekijöitä, jotka vaikuttavat saattohoidon onnistuneeseen toteutumiseen työyksikössä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota Varkaudessa toimiva palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöryhmä pystyy hyödyntämään hoitajien lisäkoulutusta suunniteltaessa. Palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöryhmän tavoitteiksi on vuonna 2013 kirjattu palliatiivisen hoidon sekä saattohoito-osaamisen kehittäminen eri hoitoyksiköissä. Tavoitteena on myös käytäntöjen yhtenäistäminen ja selkiyttäminen sekä hoitokokemusten vaihtaminen. Tutkimustuloksia analysoimalla pyritään löytämään selkeitä kehittämistarpeita työyksikön toimintatavoissa sekä hoitajien osaamisessa. Näin hoitajille saadaan räätälöityä tarvittavaa täydennyskoulutusta.

Saattohoidosta löytyy runsaasti kirjallisuutta ja tutkimustietoa. Hoitohenkilökunnan osaamista, kokemuksia ja koulutustarpeita on kuitenkin yleisimmin kartoitettu sairaalaympäristössä tai saattohoitoyksiköissä. Tehostetun palveluasumisen yleistyessä on tarpeen selvittää saattohoidon toteutumista myös asumisyksiköissä.

2 SAATTOHOITO

2.1 Saattohoidon keskeiset käsitteet

Saattohoito -käsitteellä tarkoitetaan hoitajaksoa elämän loppuvaiheessa, joka kestää viikkoja tai korkeintaan kuukausia (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Hoidossa keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievittäminen. Hoidon tulisi perustua potilaan omien tarpeiden ja hänen persoonansa kunnioittamiseen. Saattohoidon saatavuus ja laatu tulisi olla tasa-arvoista koko Suomessa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78; Hänninen 2003, 17.)

Hoitoneuvottelu pidetään ennen saattohoitovaiheeseen siirtymistä ja saattohoitopäätöstä. Siihen osallistuvat potilasta hoitavat lääkärit ja hoitajat sekä potilas ja hänen omaisensa, jos potilas niin toivoo. Neuvottelussa käydään läpi potilaan sairauden tilanne, tarjolla olevat hoitovaihtoehdot ja päätetään hoitolinjauksista. Hoitolinjauksista päättää lääkäri, mutta päätös on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 113.)

Hoitava lääkäri tekee **saattohoitopäätöksen** yhdessä potilaan ja hänen omaisten kanssa. Saattohoitopäätöksen tekeminen on hoidon linjausta, joka sisältää myös päätöksen invasiivisten tutkimusten tai hoitojen käyttämisestä. Linjauksia pystytään kuitenkin tilannekohtaisesti myöhemmin muuttamaan. Potilaalle tulee selvittää päätöksen perusteet ja sen seuraamukset. Jos saattohoitopäätös tehdään liian myöhään, potilaan oireiden lievitys häiriintyy, eivätkä potilas sekä hänen läheisensä pysty valmistautumaan lähestyvään kuolemaan rauhassa. Saattohoitoon siirtyminen ei tarkoita sitä, että hoito lopetetaan kokonaan, vaan se suunnataan uudestaan niin, että lähtökohtana on potilaan hoidosta kokema hyöty. Saattohoitopäätöksen myötä hoitohenkilökunnan on helpompi asettua kuolevan potilaan ja hänen omaistensa tueksi. Hoitosuhteesta muotoutuu sellainen, millaisen kuoleva potilas on elämän loppuvaiheen hoidon toivonut olevan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78–79; Hänninen & Anttonen 2008, 25.)

Palliatiivinen hoito käsitteellä tarkoitetaan parantumattomasti sairaan aktiivista kokonaisuhoitoa silloin, kun mahdollisuutta parantaviin hoitokeinoihin ei enää ole. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on lievittää kuolevan kaikkia oireita, parantaa elämänlaatua, tarjota psyykkistä, henkistä ja hengellistä tukea sekä auttaa käyttämään jäljellä oleva aika sellaisiin asioihin, jotka vielä voimien puitteissa on mahdollista tehdä. Kuolema nähdään elämän normaalina päätepisteenä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 76–77.) Sana palliatiivinen tarkoittaa oireenmukaista, tuskaa lievittävää ja vähentävää sekä helpottavaa hoitoa (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2014).

Hoitotahto-käsitettä on aiemmin kutsuttu myös hoitotestamentiksi. Hoitotahto on suullinen tai kirjallinen tahdonilmaisu, jolla sen laatija ilmoittaa tahtonsa sellaisen tilanteen varalle, jossa ei itse esimerkiksi tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi pysty ilmaisemaan omaa tahtoaan hoitonsa suhteen. Hoitotahdon voi laatia kuka tahansa, asiakirjan voi kirjoittaa vapaamuotoisesti. Myös suullisesti ilmaistu hoitotahto on pätevä. (Kokkonen ym. 2004, 77–83.) Hoitotahdolla ihminen voi etukäteen päättää, miten hänen hoitolinjat tehdään siinä vaiheessa, kun hän ei enää itse kykene ottamaan siihen kantaa. Hoitotahdon ongelmana voidaan nähdä se, että se ei välttämättä luotettavasti kuvaa potilaan tahtoa juuri käynnissä olevan hoidon vaiheessa. Olisikin suotavaa, että potilaan mielipidettä kysyttäisiin uudestaan aika ajoin, jotta voitaisiin varmistua sen ajanmukaisuudesta. (Etene 2002.) On myös tärkeää, että jokainen hoitotahdon tekijä keskustelee läheistensä ja mielellään myös hoitavan lääkärinsä kanssa aikeistaan tehdä hoitotestamentti. Hoitotahto on terveydenhuollon henkilöstöä sitova. Sen sitovuus perustuu perustuslakiin kirjattuun yksilön itsemääräämisoikeuteen, joka on potilaan osalta kirjattu vielä erikseen potilaslakiin. (Kokkonen ym. 2004, 77–83.)

Sairastuminen tai ikääntyminen ei merkitse **itsemääräämisoikeuden** menettämistä, vaan oikeus siihen säilyy kuolemaan saakka. Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta itse päättää hänen henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumisesta. Henkilö on itsemääräävä, kun hän ymmärtää asian kannalta erilaiset vaihtoehdot, osaa arvioida niiden mahdolliset seuraukset ja kykenee päättämään asiassa tarvittavan ratkaisun. (Kokkonen ym. 2004, 31.) Hoitosuhteen muodostumiselle ja suuntaviivojen löytymiselle tarvitaan potilaan tuomaa asiantuntijuutta omasta tilastaan ja sairaudestaan, johon lisätään terveydenhuollon ammattihenkilön asiantuntijuus sairaudesta ja sen hoi-

dosta. Potilas on itsemääräämisoikeuteen vedoten myös oikeutettu kieltäytymään hoidoista siinä tapauksessa, että hän kieltäytyessään ymmärtää päätöksen merkityksen. (Hannikainen 2008, 12–19.) Itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan tarkoita sitä, että potilas voisi itse yksin määritellä hoitonsa tai esimerkiksi vaatia sellaista hoitoa, jolle ei ole lääketieteellisiä perusteluja. Jos täysi-ikäinen potilas ei pysty päättämään hoidostaan, esimerkiksi tajuttomuuden vuoksi, on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava potilaan laillista edustajaa. Jos potilas on aiemmin ilmaissut tahtonsa, edushenkilön on otettava se huomioon. Jos tahdonilmaisuun kykenemätön potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, esimerkiksi hoitotestamentilla tai hoitotahdolla, hänelle ei saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan. Suositeltavaa on hankkia potilaan kirjallinen suostumus tai kieltäytyminen. Silloin tällöin sattuu, että potilaan omaiset esittävät moitteita siitä, että on jätetty tekemättä joku toimenpide, josta potilas itse on kieltäytynyt. Tällaisissa tilanteissa potilaan kirjallinen kieltäytyminen tai kieltäytymisen kirjaaminen suojaavat henkilökuntaa hoitovirhesyytöksiltä. (Kokkonen ym. 2004, 49–57.)

2.2 Suositukset saattohoidon toteuttamisesta

Varsinaista saattohoitoa koskevaa lakia ei ole, mutta sen puolesta on käyty julkista keskustelua. Muun muassa Terhokodin johtaja, saattohoidon asiantuntija Juha Hänninen on ilmaissut mielipiteensä saattohoitoa koskevan lain tarpeellisuudesta. (Salminen & Tuominen 2014.) Saattohoidon suositukset nojaavat kuitenkin useisiin eri lakien asetuksiin. (Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halila 2003).

Suomessa saattohoitoa tarvitsee noin 15 000 ihmistä vuodessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Hyvä saattohoito on jokaisen ihmisen oikeus ja sen turvaamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö (2010) on määritellyt suositukset, joiden avulla saattohoidon tasa-arvo toteutuisi ja kaikilla ihmisillä olisi mahdollisuus saada hyvää saattohoitoa. Suosituksissa painotetaan saattohoidon perustuvan potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Potilaan ja omaisen kanssa hoitolinjauksista keskusteleminen sekä päätösten kirjaaminen hoitosuunnitelmaan on tärkeää. Hoitopäätöksistä vastaavan lääkärin lisäksi tulee nimetä henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta eri vuo-

rokauden aikoina. Saattohoito toteutetaan yhteistyönä, johon potilaan ja moniammatillisen työryhmän lisäksi kuuluvat omaiset.

Hyvän saattohoidon toteutus edellyttää sitä, että lääkärit ja hoitajat ovat siihen koulutettuja, he käyvät säännöllisesti täydennyskoulutuksissa sekä saavat työnohjausta ja tarpeen mukaan mahdollisuuden keskustella saaton jälkeen heränneistä tunteista ja ajatuksista. Myös työhyvinvointiin tulisi kiinnittää huomiota. Saattohoitoon osallistuvan henkilöstön tulisi omaksua saattohoidon kokonaisvaltainen näkökulma, niin potilaan kuin hänen omaisten kohdalla. Sairaanhoitopiirit ovat vastuussa siitä, että hyvää saattohoitoa pystytään mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan myös potilaan omassa kodissa tai kodinomaisessa hoivayksikössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

2.3 Saattohoidon etiikka

Etiikka kuolevan hoidossa ja heidän läheistensä tukemisessa on terveydenhuollolle suuri haaste. Kärsimysten lievittäminen ja kuoleman kohtaaminen mahdollisimman arvokkaalla tavalla tulisi olla terveydenhuollossa yhtä merkittävässä roolissa kuin sairauksien ennaltaehkäiseminen ja parantaminen ovat. Hoidon laatua mitattaessa kuolevan potilaan kohtelu on mittareista tärkein. Se kertoo paljon siitä, miten sairaan ihmisen kärsimyksiin suhtaudutaan. Kuolevan kipujen lievittämisen ja somaattisten oireiden hoitamisen lisäksi tulisi vastata hänen fyysisiin, psyykkisiin, hengellisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. Kuolevalle tulisi antaa tarvittava määrä tukea, jotta hänen tarve elämän viimeistelyyn ja eheyttämiseen toteutuu. (Etene 2002, 8–25.)

Eettinen hoitaminen pitää sisällään arvoja, jotka mahdollistavat eettisesti kestävä hoidon antamisen. Näitä ovat inhimillisyys, arvokkuus ja hyvinvointi. Hoitajan inhimillisyys ilmenee tapana asettua potilaan läheisyyteen omana itsenään, vailla roolia. Arvokkuus merkitsee sitä, että hoitaja kunnioittaa kuolevan kokemusta ja elämän viimeistä vaihetta sekä ottaa hänen ja läheisten ajatukset huomioon hoitamisessa. On tärkeää ymmärtää kuolevan tunteiden ja kokemusten antama merkitys ja niiden vaikutus hänen tarpeistaan lähtevälle hoitotyölle. (Grönlund & Huhtinen 2011, 18.)

Kiire, rutiinit ja yleisesti hyväksytty toimintatapa ovat usein käytettyjä perusteluja, kun eettisistä periaatteista poiketaan. Terveystenhoollissa tavallinen perustelu on se, että potilas ei ymmärrä omaa parastaan. Tällainen perustelu on ongelmallinen sekä eettisesti että oikeudellisesti. Terveystenhoollissa tarvitaan sekä eettisiä sääntöjä että lainsäädäntöä. Molempien sisältöön vaikuttavat sekä tosiasiat että vallitsevat arvot. Lääkäreiden ja muiden terveystenhoidon ammattihenkilöiden ammattieettiset velvollisuudet on kirjattu lakiin terveystenhoidon ammattihenkilöistä. (Kokkonen ym. 2004, 13–16.) Sen 15§:ssä todetaan muun muassa:

Terveystenhoidon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimyksiensä lievittäminen... Ammattitoiminnassaan terveystenhoidon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat... (Laki terveystenhoidon ammattihenkilöistä 1994.)

2.4 Saattohoidon osaamisen kehittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriön (2010) Hyvää saattohoitoa Suomessa -raportti linjaa, että saattohoidon perus- ja erikoisosaamista tulee kehittää ja vapaaehtoistyöntekijöille tulisi järjestää koulutusta. Ammattiopintoihin kuuluva saattohoidon perusopetus sekä työnantajan järjestämä täydennyskoulutus on vähäistä, joten hoitohenkilöstön koulutustaso ei yllä lähellekään asetettuja vaatimuksia. Raportissa mainitaan Eurooppalaisen palliatiivisen hoidon yhdistyksen EAPC:n laatima suositus palliatiivisen hoidon opetussuunnitelmasta. Opintoihin sisältyvät aiheet olisivat palliatiivinen hoito, lääkitys, neuropsykologiset ja muut oireet, etiikka ja laki, potilas- ja perhelähtöisyys sekä henkilöstön vuorovaikutustaidot. Lisäksi kipu ja sen hoito kattaisi yli puolet opintokokonaisuuden sisällöstä. Myös Vaajoen ja Haataisen (2014) puheenvuorossa peräänkuulutetaan kivunhoidon näkyvämpää roolia ammattikorkeakoulujen uudistuvassa opetussuunnitelmassa. Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että kivunhoito on arvioinnin ja hoidon osalta edelleen riittämätöntä. Kivunhoidon arviointiin ja hoitoon käytetyt menetelmät ovat vuosikymmenten saatossa kehittyneet, mutta toteutukseen tarvittava tieto ja osaaminen eivät ole pysyneet kehityksen mukana. Kivunhoito ei kuulu omaksi kokonaisuudeksi sairaanhoidajan osaamisvaatimuksissa, vaikka sen rooli hoitotyössä on suuri. Kivunhoidon ope-

tuksen osuus ei ole kaikissa kouluissa sama: osassa kouluista kivunhoidon opetukselle on varattu yksittäinen kurssi, mutta usein opetus jää hyvin vähäiseksi.

Huhtinen (2005) on väitöskirjassaan tutkinut saattohoidon kehittämiseen tarvittavaa osaamista vuorovaikutuksen näkökulmasta. Hän on suunnitellut tutkimusaineistonsa pohjalta opetussuunnitelman. Koulutuksen tavoitteena on opiskelijoiden ja opettajien kokemusten kautta oppia ymmärtämään kuolemaa ilmiönä, kuolevan ja hänen läheisensä näkökulmasta. Tavoitteena on myös opiskelijan oma oivaltaminen siitä, mikä on hänen tapansa kohdata kuoleva. Opetuksen toteutus tapahtuisi työnohjauksellisesti ja se vaatisi opiskelijoiden ja opettajien sitoutumista oman, ja toisten olemisen ja toiminnan reflektointiin.

Korhosen, Jylhän ja Holopaisen (2012) mukaan jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella on velvoite pysyä ajan tasalla alansa kehityksestä, muun muassa uusimmista tutkimuksista ja hoitosuosituksista. Korhosen ym. (2015) mukaan hoitotyöntekijän ammattitaidon ylläpitämiseen kuuluu oman alansa suositusten tunteminen, sekä tutkimusten seuranta ja niiden lukutaito. Tietoperustan päivittäminen lisää työntekijän asiantuntijuuden kehittymistä sekä muuttaa hänen toimintapajoja käytännössä. Uuden tiedon seuranta myös herkistää työntekijää havainnoimaan työyksikössä käytössä olevia vanhentuneita toimintamalleja. Toiminnan ja päätöksenteon taustalla oleva tieto, suhteessa näyttöön perustuvaan tietoon, jakautuu neljään kategoriaan asteikolla heikosta vahvaan. Satunnaisesti valikoitujen tutkimusten pohjalta tehtävä päätöksenteko arvioidaan luotettavammaksi kuin yksikön tai organisaation rutiineihin tai päivittämättömiin hoito-ohjeisiin perustuva päätöksenteko. Vahvinta päätöksenteon taustalla oleva tieto on siinä tapauksessa jos se perustuu järjestelmällisesti koottuun ja luotettavaksi arvioituun tutkimusnäyttöön.

Organisaation ja yksiköiden johtajien on sitouduttava näyttöön perustuvan tiedon käyttöön ottamiseen. Työntekijöille pitäisi luoda olosuhteet, jossa tutkittua tietoa pystytään hyödyntämään. Työyksiköiden kehittämiseen tarvitaan helposti saatavilla olevaa tiivistettyä tietoa luotettavista lähteistä. (Korhonen, Jylhä & Holopainen 2012, 40-41) Anttosen (2008) mukaan osastonhoitaja on avainasemassa työyksiköiden hoitotyön kehittämisessä ja lisäkoulutuksen järjestämisessä. Kuolevan potilaan hoitoa voidaan pitää aihealueena, johon tarvitaan asiantuntijuutta. Työntekijöiden koulutustarpeita voidaan selvittää

muun muassa kartoittamalla heidän osaamistaan. Osastonhoitaja voi esimerkiksi kehittää saattohoitoa ja yhdessä henkilökunnan kanssa miettiä kuolevan potilaan hoidon peruslähtökohtia, kuten millaisia tarpeita potilailla on ja mitä tarvitaan, jotta hyvä saattohoito toteutuisi. Osastonhoitajan esimerkillä työyhteisöön voi muodostua myönteinen ilmapiiri, jossa kuolemasta voi puhua. Lyhytkin keskustelu saattoprosessin jälkeen auttaa työntekijää käsittelemään saattoon liittyneitä tunteita ja mahdollistaa kokemusten kautta syntyvän asiantuntijuuden kasvamisen. Osastonhoitajan vastuulla on myös lisäresurssien hankkiminen, jos potilas kokee voimakkaasti sellaista ahdistusta, jota voidaan helpottaa vierellä olevan ihmisen läsnäololla.

3 KUOLEVAN POTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITO

Kuolevan potilaan hoitotyössä on otettava huomioon hoidon kokonaisvaltaisuus. Se pitää sisällään fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, hengellisen ja henkisen ulottuvuuden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Siinä korostuu moniammatillisuuden merkitys. Potilaan omat hoitajat ja hoitoyksikkö vastaavat osaltaan heidän osaamisalueeseensa kuuluvasta hoidosta ja kutsuvat mukaan tarvittaessa muiden alojen asiantuntijoita. Potilaat ja heidän omaisensa odottavat lääkäriltä usein vastausta sellaisiinkin ongelmiin, jotka ovat ennemmin sosiaalisia kuin lääketieteellisiä. (Kokkonen ym. 2004, 92–93.)

3.1 Kuolevan potilaan hoitotyö

Vaikeasti dementoituneiden vanhusten elämän loppuvaiheeseen liittyy useita oireita, joiden hoitaminen on hyvin haasteellista. Näitä oireita ovat muun muassa syömättömyys, keuhkokuume, kivut, hengenahdistus ja painehaavaumat. Syömättömyys ja toistuvat hengitystieinfektiot saattavat olla merkki lähestyvistä kuolemasta, syömättömyyden syy tulisi kuitenkin aina selvittää. Muita syitä ruokailusta kieltäytymiselle voi olla esimerkiksi lääkehoidosta aiheutunut suun kuivuminen, hammasongelmat, nielemisvaikeudet, ruokahaluttomuus tai vireystilan lasku. Ongelma voi olla myös ruokailuasen-

nossa, ruoan laadussa tai ruokailukerroissa. (Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg 2013.) Kuolevan vanhuksen oireiden arviointi perustuu siihen, että hänet tunnetaan yksilönä. Arvioinnin kannalta hoitohenkilökunnan ja omaisten tieto on merkittävää. Oireita tulee havainnoida säännöllisesti ja kirjata ne hyvin, koska kuoleman lähestyessä tilanne voi vaihtua hyvinkin nopeasti. Hoidon tehoa ja siitä mahdollisesti aiheutuneita haittavaikutuksia tulisi tarkasti seurata. Mitään sellaista hoitoa, joka ei paranna kuolevan potilaan vointia ei tulisi antaa. (Saarto ym. 2014.)

Kivunhoito korostuu kuolevan potilaan kohdalla, koska kipu ja pelko kivusta aiheuttavat potilaalle stressiä, joka lisää kärsimyksen ja toivottomuuden tunnetta. Pelkästään ajatus siitä, että kipuja voidaan lievittää, rauhoittaa potilasta. Kivut voivat verottaa potilaan psyykkisiä voimavaroja siinä määrin, ettei hän pysty osallistumaan ympäröivään elämään. Tilanne voi johtaa siihen, että potilas muuttuu kivun takia aggressiiviseksi. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57–59.) Kipu ja kärsimys ovat monimuotoisia oireyhtymiä ja niihin on mahdollista löytää muutakin apua kuin lääkitys. (Kokkonen ym. 2004, 130–135.) Vaikeasti dementoituneiden kivun arviointiin on olemassa kipumittareita, esimerkiksi PAINAD, jonka avulla kipua arvioidaan hengityksen, ääntelyjen, ilmeiden ja varhaisen liikkeen perusteella. (Regan, Tapley & Davis 2014.)

Kankkunen, Taponen ja Suominen (2007) ovat tutkineet kivun arviointia dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. Tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät arvioivat dementoituneiden kipua havainnoimalla heidän emotionaalisia ja fyysisiä muutoksia. Kipumittareiden sijaan he luottavat arvioinnissa omaan kokemukseen ja potilaan tuntemiseen. Kivun tunnistamisen edistävinä tekijöinä pidettiin riittävää tietoa, taitoa ja resursseja. Tieto sisälsi muun muassa koulutuksen ja potilaan tuntemisen, hänen historiansa sekä omaisilta saadun tiedon avulla. Taito koostui hyvästä ammattitaidosta, havainnointikyvystä sekä keskustelutaidoista. Riittävät resurssit turvasivat sen, että hoitotyöhön oli tarpeeksi aikaa ja henkilökuntaa sopiva määrä. Kivun arviointia estävinä tekijöinä nähtiin tiedon puutteet muun muassa kivunhoidossa, tiedonkulussa sekä uusien työntekijöiden potilaiden tuntemisessa. Taidot koettiin esteenä kivunarvioinnille silloin, kun käytöshäiriöitä ei osattu tulkita tai jos hoitotyöntekijällä ei ollut herkkyyttä tunnistaa potilaan tarpeita. Asenteet saattoivat olla esteenä kivun arvioinnille, esimerkiksi niissä tilanteissa kun potilasta kohtaan ilmeni välinpitämättömyyttä tai työyhteisöllä oli kaavamaisia periaat-

teita kipulääkkeitten käytöstä. Estävät tekijät saattoivat johtua potilaasta lähtöisin olevista syistä, kuten poikkeavasta kipukäsityksestä, psyykkisistä syistä, potilaan aktiivisuudesta tai kommunikointivaikeuksista. Myös omaisten kielteinen näkemys kipulääkkeen antamiseen nähtiin esteenä kivun arvioimiselle.

Hyvä perushoito on kuolevan potilaan hoidossa tärkeää, koska sillä ilmaistaan kunnioitusta kuolevaa kohtaan. Hyvään perushoitoon kuuluu potilaan fyysisten tarpeiden huomiointi. Niitä ovat ravitsemuksesta huolehtiminen, suun hoito ja kostuttaminen, ihon ja hygienian hoito, asentohoito, hengittämisen helpottaminen, erittämiseen liittyvien ongelmien hoitaminen sekä unen ja levon turvaaminen. Merkityksellistä on myös huolehtia niistä ulkonäön- ja kauneudenhoitorutiineista, jotka potilas kokee tärkeänä. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 305; Kassara ym. 2004, 369.)

3.2 Hengelliset tarpeet

Hoitotyössä hengelliset kysymykset nousevat vahvimmin esille kuolevan potilaan kohdalla. (Grönlund & Huhtinen 2011, 124.) Henkilökohtaisen vakaumuksen kunnioittaminen merkitsee potilaan uskonnolliseen, yhteiskunnalliseen tai muuhun vakaumukseen pohjautuvan kannanoton huomioon ottamista hoitotilanteessa. (Kokkonen ym. 2004, 29.) Lampén (2010) on pro gradu -tutkielmassaan kuvannut pitkäaikaishoidossa työskentelevien lähihoitajien työssään käyttämiä hengellisiä menetelmiä. Haastatteluissa kävi ilmi, että hengellisten menetelmien käyttäminen potilaan hoitamisessa on huomattavasti luontevampaa, jos potilas tai omainen ottaa itse asian puheeksi. Lähihoitajien kuvaamia hengellisiä menetelmiä olivat hengellisen kirjallisuuden, kuten Raamatun psalmien ja virsikirjan säkeiden lukeminen, hengellisen musiikin kuunteleminen sekä jumalanpalveluksen näyttäminen televisiosta tai kuunteleminen radiosta. Hengellisistä asioista keskusteleminen oli joillekin lähihoitajille hyvin luontevaa ja keskustelut etenkin omaisten kanssa koettiin palkitseviksi. Hengellisten menetelmien käyttäminen työssä vaati lähihoitajilta rohkeuden lisäksi myös organisointikykyä, koska potilaan hengellisiin tarpeisiin keskittyminen ei onnistu, jos työssä on kiire. Hengellisten menetelmien käyttöä edistävinä tekijöinä nähtiin organisoimiskyvyn lisäksi muun muassa pitkä työhistoria, hoitajan taito tulkita potilasta ja potilaan kyky ilmaista itseään, hoitajan näkemys kokonaisvaltaisesta hoito-

työstä, hoitajan koulutusmyönteisyys, täytetty elämänkaarilomake, hyvä työilmapiiri, esimiehen malli ja innostus sekä omaisten ja seurakunnan kanssa toimiva yhteistyö. Hengellisten menetelmien käyttöä estävinä tekijöinä nähtiin hoitajan mielenkiinnoton ja negatiivinen asenne hengellisiä asioita kohtaan sekä siihen liittyvät huonot kokemukset, rohkeuden puute ja työilmapiiri, jossa ei käydä hengellistä keskustelua.

Lipposen ja Karvisen (2014) tutkimuksessa saattohoitokodin hoitohenkilöstön kokemusten perusteella saattohoidon hengellisyys muodostuu neljästä pääteemasta; hengellisyyden ilmeneminen, hengellisten tarpeiden ilmaiseminen, hengellinen tukeminen ja hengellinen hoitaminen. Hengellisyyden ilmeneminen näyttäytyi potilaan vapautena valita oma vakaumuksensa ja kunnioituksen osoittamisena valintaa kohtaan. Hengellisyyden ajateltiin olevan laaja kokonaisuus, joka ei pelkästään liity uskontoon, vaan jokaiselle ihmiselle rakentuneeseen tarpeeseen uskoa johonkin. Riippumatta siitä, oliko kuoleva potilas uskovainen tai ateisti, hänet nähtiin henkisenä olentona, jolle on elämän varrella muodostunut oma kokemus hengellisyydestä. Valmiudet käsitellä hengellisiä asioita kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kanssa koettiin kuuluvan ammattitaitoisen hoitajan osaamiseen. Hengellisyys otettiin potilaan kanssa puheeksi heti tulohaastattelussa. Kaikki potilaat eivät aluksi olleet valmiita keskustelemaan asiasta ja osa uskovista potilaista saattoi kyseenalaistaa oman uskonsa. Hoitajat kokivat hengellisyyden tukemisen haastavana työnä. Hengelliset kysymykset saattoivat nousta pintaan arkisia askareita tehdessä ja niihin tueksi riitti toisinaan esimerkiksi yhdessä rukoulu tai musiikin kuunteleminen. Hoitajat näkivät, että omaiset olivat joskus kuolevaa potilasta ahdistuneempia, mutta heidän hengellisen tuen tarvettaan ei aina tultu kysyneeksi. Osalla omaisista ei ollut tukiverkostoa, jonka puoleen kääntyä saaton päätyttyä, joten heistä oli lohduttavaa, että saattohoitokodille voi soittaa tai tulla käymään milloin tahansa. Hengellinen hoitaminen näyttäytyi käytännön työssä hoitajan läsnä olemisena ja uskontoon kuuluvien pyhien toimitusten mahdollistamisena. Tarve hengelliseen hoitamiseen lisääntyi illalla ja yöllä, kun potilas koki elämästä ja rakkaista ihmisistä luopumisen tuskaa.

3.3 Kuolevan potilaan sekä omaisten kohtaaminen

Kun ihminen sairastuu, sanattoman viestinnän ja vuorovaikutuksen erilaisten vivahteiden huomioiminen on tärkeää. Ahdistuessaan ihminen ymmärtää katseen ja kosketuksen kieltä puhetta paremmin. Hoitohenkilökunnan onkin tärkeää tervehtiä ja katsoa potilaita silmiin, sillä se ei kuluta kiireessäkään enempää aikaa, mutta potilaalle yksilönä eleellä on suuri merkitys. Vakavan sairauden yhteydessä mielen alueet osittain taantuvat. Siihen liittyy avuttomuuden ja turvattomuuden tunnetta, jonka avulla ihminen vastaanottaa hoivaa ja huolenpitoa herkemmin. Mielen taantuessa esisanallisen vuorovaikutuksen merkitys korostuu. Se merkitsee sitä, että potilas kokee tilanteessa vastaavanlaisia tunteita kuin lapsena suhteessa vanhempiin. Hän ikään kuin aistii erilaisia tunnelmia. Psyykkisten ilmiöiden ymmärtäminen on tärkeää, koska se auttaa henkilökuntaa vastaanottamaan potilaan erilaisia tunteita. Onkin hyvä muistaa, että herkätkään tilanteet eivät aina vaadi sanoja. Joskus potilaan tai omaisen mieleenpainuvien asia voi olla pelkkä kosketus tai pieni teko, joka tuo sen hetkiseen tilanteeseen kaikista suurimman lohdun. (Hietanen, Päivi 2004, 235–236.)

Vuorovaikutustilanteessa on tärkeää ottaa myös omainen huomioon, sillä omaisten ja potilaan väliset suhteet vaikuttavat oleellisesti potilaan elämänlaatuun. Jos omainen on taustalla hiljakseen, tulisi hoitajan olla aloitteellinen osapuoli ja tiedustella tältä, miten hän on asiat kokenut tai onko hänellä kysyttävää. (Hietanen, Päivi 2004, 241.) Osa omaisista tarvitsee useita keskusteluja. Asiat tulisi myös selvittää mahdollisimman selkeästi ja konkreettisesti. Valvira on muistuttanut lääkäreitä ja hoitajia siitä, että saattohoidossa olevien potilaiden omaisia tulisi informoida potilaan voinnista ja hoidoista riittävän usein. (Valvira, 2014.)

Karjalainen ja Ponkilainen (2008) ovat selvittäneet pro gradu -työssään hoitotyöntekijöiden antamaa tukea kuolevan potilaan omaisille. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaista tukea hoitotyöntekijät arvioivat antaneensa kuolevan potilaan omaisille vuodeosastolla, kotisairaanhoidossa ja yksityisessä hoitokodissa. Vastauksien perusteella vertailtiin eri taustatekijöiden merkitystä tuen antamiseen. Tutkimuksella selvitettiin myös sitä, miten hoitotyöntekijät määrittelevät palliatiivisen hoidon. Lähes kaikki kyselyyn vastanneista kokivat, että palliatiivisen potilaan hoitotyö on tärkeää ja haasteellista.

Tulosten mukaan hoitotyöntekijät antoivat hyvin tiedollista, emotionaalista, sosiaalista, hengellistä ja henkistä tukea. Noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ammatillinen peruskoulutus antaa riittävät valmiudet kuolevan potilaan omaisten kohtaamiseen. Kyselyyn vastanneista vain 30 % oli saanut koulutusta kuolevan potilaan hoidosta. Hoitotyöntekijät kaipaivat potilaan hengelliseen tukemiseen lisäkoulutusta, sillä se koettiin vaikeaksi. Muut aiheet, joista toivottiin lisää koulutusta, liittyivät potilaan hoitamiseen, omaisten tukemiseen ja kohtaamiseen, hoitotyöntekijöiden omien tietojen syventämiseen, omaan jaksamiseen kuolevan potilaan hoitotyössä ja monikulttuurisuuden tuomiin haasteisiin saattohoitotyössä. Haasteita saattohoitotyöhön toi se, että hoitohenkilökunta koki henkilökunnan riittävyyden eri työvuoroissa huonoksi. Myös omaisten läsnäolon osastolla koettiin vaikeuttavan kuolevan potilaan hoitamista.

3.4 Hoitotyön kirjaaminen

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista vaatii tekemään potilaan hoidosta asianmukaiset merkinnät potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi. Huolelliset merkinnät ovat myös ammatinharjoittajan oman oikeusturvan kannalta tärkeitä. (Kokkonen ym. 2004, s. 28.) Kirjaaminen on tiedonkulun kannalta tärkeää ja sillä on suora yhteys potilasturvallisuuteen. Kirjaaminen on myös tärkeä osa potilaan moniammatillista kokonaishoitoa. (Mykkänen, Huovinen, Miettinen & Saranto 2011, 62.)

Kokko (2009) on Pro gradu -tutkielmassaan selvittänyt tarvittaessa annettavien lääkkeiden käyttöä Espoon iäkkäiden pitkäaikaishoidossa kirjaamisen perusteella. Lähihoitajat antoivat tarvittaessa annettavia lääkkeitä kaikista ammattiryhmistä useammin. Sairaanhoitajat antoivat enemmän kipulääkkeitä, kun taas lähihoitajat antoivat useammin psykiatrialääkkeitä, erityisesti unilääkkeitä. Kipulääkkeiden antamiseen liittyvistä kirjauksista sairaanhoitajilla oli useammin kirjattuna antoindikaatio kuin lähihoitajilla. Kaikista tarvittaessa annettavista lääkkeistä lähihoitajista 24 % oli seurannut lääkkeen vaikuttavuutta ja kirjanneet siitä, sairaanhoitajilla vastaava luku oli 12 %. Lähihoitajien tekemät merkinnät lääkkeen vaikuttavuuden suhteen olivat myös sairaanhoitajia täsmällisempiä.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mistä kuolevan potilaan hoitoon liittyvästä asiasta hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa lisätietoa ja koulutusta. Halusimme kyselytutkimuksen keinoin saada selville, minkä tekijöiden koetaan vaikuttavan saattohoidon onnistuneeseen toteutumiseen työyksikössä ja millaiseksi työntekijät kokevat saattohoito-osaamisensa.

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa, jota palliativisen hoidon työryhmä pystyy hyödyntämään hoitajien lisäkoulutusta suunniteltaessa. Tutkimustuloksia analysoimalla pyritään löytämään selkeitä kehittämistarpeita työyksikön toimintatavoissa sekä hoitajien osaamisessa ja räätälöidään heille juuri niihin kohdennettua täydennyskoulutusta.

Ammatillisen kasvumme tavoitteena oli lisätä tietämystämme saattohoidon eri ulottuvuuksista ja oppia tunnistamaan kuolevan potilaan hoidon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä, jotta pystymme tulevana sairaanhoitajina turvaamaan laadukkaan saattohoidon toteutumisen. Haluamme myös omalta osaltamme vaikuttaa saattohoidon kehittämiseen.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Millaiseksi työntekijät kokevat saattohoito-osaamisensa?
- 2) Mistä kuolevan potilaan hoitoon liittyvästä asiasta hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa lisätietoa ja koulutusta?
- 3) Mitkä tekijät vaikuttavat työntekijöiden mielestä saattohoidon toteutumiseen työyksikössä?

5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ

5.1 Tutkimuksen tilaaja

Varkaudessa toimii **palliativisen hoidon yhdyshenkilöryhmä**, jonka tavoitteiksi on vuonna 2013 kirjattu palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittäminen eri hoitoyksiköissä sekä käytäntöjen yhtenäistäminen ja selkiyttäminen ja hoitokokemusten vaihtaminen. Ryhmään on kutsuttu henkilökuntaa kaikista kaupungin koti- ja laitoshoidon yksiköistä. Palliativisen hoidon yhdyshenkilöryhmä toimii yhteistyössä KYSin palliativisen hoidon poliklinikan kanssa. Ryhmä toivoi opinnäytetyöltämme asumispalveluiden hoitohenkilökunnan kokemuksia ja koulutustarpeita kartoittavaa kyselyä.

5.2 Ikääntyneiden asumispalvelut Varkaudessa

Tehostettu palveluasuminen tarjoaa asiakkaalle kodin elämän loppuun asti. Asiakas asuu vuokrasuhteessa ja henkilökunta on läsnä ympärivuorokautisesti. Sairaالاتasoista hoitoa voidaan tarvittaessa antaa kotisairaalan tuella. Asiakas siirretään sairaalaan vain, mikäli hoito vaatii sairaalaolosuhteita. Varkauden kaupungin tehostetun palveluasumisen yksiköitä ovat Kangaslammin palvelukeskus (32 paikkaa), Käpyrinne (95 paikkaa), Louhirinne 1 (60 paikkaa) ja Louhirinne 2 (60 paikkaa). Vuonna 2014 laadittuun ja vuonna 2015 päivitettyyn Varkautelaisen ikäihmisen palveluoppaaseen on kirjattu, että tehostetut palveluasunnot tulevat kyseeseen silloin, kun toimintakyky ja/tai muisti on hyvin alentunut. (Varkauden kaupunki 2015a.)

Tavallisella palveluasumisella tarkoitetaan vuokra-asumista, jossa asiakkaan saama palvelu perustuu yksilöllisesti laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Henkilökunta työskentelee aamu- ja iltavuoroissa. Yökäynnit järjestetään tarvittaessa kotihoidosta. Varkaudessa toimii Vattuvuoren sekä Hongiston palveluasumisyksiköt. Näiden yksiköiden asukkailla ei voi olla vaikeita muistiongelmia. Asunto voidaan myöntää esimerkiksi esteettömän asunnon tarpeeseen tai kun asiakkaalla on fyysisessä toimintakyvyssä vajetta. (Varkauden kaupunki 2015a.)

5.3 Ikääntyneiden asumis- ja hoitopalveluiden rakenne

Palvelurakenteen uudistamisella on tärkeä vaikutuksensa sekä iäkkäiden ihmisten elämän- ja palveluiden laatuun että kustannuksiin. Palvelurakennemuutos tarkoittaa kunnissa muun muassa vanhuspalvelulain täsmennystä; kotiin annettavien palvelujen ensisijaisuutta ja laitoshoidon vähentämistä koskevan säännöksen velvoittavuutta lisätä. Peruspalveluministeri Susanna Huovisen mukaan tavoitteena on, että iäkkäistä ihmisistä yhä pienempi osa on laitoshoidossa ja yhä suurempi osa saa avohuollon palveluja, kuten kotihoitoa ja omaishoidon tukea. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Varkauden ikäihmisten ohjelma vuosille 2015–2017 perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön (2013) laatusuositukseen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi, Varkauden kaupunkistrategiaan (2013) sekä Varkauden hyvinvointikertomukseen (2014). Varkaudessa oli vuoden 2014 lopussa 21 894 asukasta. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan Varkauden väestömäärä vähenee vuoteen 2030 mennessä 19 916 asukkaaseen. Väestön ikärakenteen kehitys asettaa haasteita sekä palvelujen rahoitukselle että palvelurakenteelle. Yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa tasaisesti ennusteiden mukaan vuoden 2015 11,9 %:sta vuoteen 2030 jo 20 %:iin. Erityisesti kaikkein vanhimpien (yli 85-vuotiaiden) määrän kasvu lisää palvelujen tarvetta. Ikäihmisten määrän lisääntyessä myös palveluntarve lisääntyy. Käytettävissä olevat resurssit eivät kuitenkaan lisäännä vastaavasti. Palvelut ovat tämän vuoksi tulevana vuosina suuren haasteen edessä. (Varkauden kaupunki 2015b.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksemme kohderyhmänä oli noin kaksi kolmasosaa (2/3) Varkauden kaupungin tehostetun palveluasumisen yksiköiden hoitohenkilökunnasta. Hoitohenkilökunnalla tarkoitamme yksiköiden esimiehiä, sairaanhoitajia sekä lähi- ja perushoitajia. Toteu-

timme tutkimuksen Louhirinne 1:ssä sekä Käpyrinteellä. Näiden kahden yksikön yhteenlaskettu työntekijämäärä oli kyselyn tekohetkellä 92 henkilöä. Valitsimme kyselyä varten sellaiset yksiköt, joista kerätyt tulokset edustaisivat mahdollisimman hyvin tehostetun palveluasumisen yksiköiden enemmistöä. Käpyrinne on yksiköistä suurin ja Louhirinne 1 ja 2 ovat keskenään hyvin samankaltaisia. Jätimme Louhirinne 2:den tutkimuksen ulkopuolelle, koska siellä oli kyselyn toteutumisen aikana menossa osastojen ja palveluiden uudistus. Kangaslammin rajasimme pois yksikön erillisen sijainnin ja pienen koon vuoksi. Kaikkien yksiköiden ja koko henkilökunnan sisällyttäminen kyselyyn olisi myös tarkoittanut laadullisten kysymysten osalta liian suurta vastaajajoukkoa opinnäytetyön käytännön toteutuksen kannalta.

6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen

Tutkimuksemme on enimmäkseen kvantitatiivinen, mutta olemme hyödyntäneet siinä myös kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen avulla saadaan kysymyksiin lukumääriin ja prosentteihin perustuvia tuloksia, joiden välisiä riippuvuuksia voidaan vertailla keskenään (Heikkilä 2008, 17). Keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on aiemmista tutkimuksista saadut johtopäätökset sekä aiheesta löytyvä aiempi teoria. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoksen koon tulisi olla riittävän suuri, jos halutaan tulosten kuvaavan mahdollisimman tarkasti perusjoukon lukuja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140–180.) Laadullinen tutkimus valitaan pääsääntöisesti silloin, kun ilmiötä ei ennestään tunneta ja halutaan muodostaa ymmärrys ilmiöstä. Laadullisella tutkimuksella vastataan kysymykseen ”mistä tässä on kyse”? Laadullisessa tutkimuksessa käytetään sanoja ja lauseita, eikä siinä pyritä yleistykseen, kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ilmiön kuvaaminen, ymmärtäminen ja tulkinnan antaminen. (Kananen 2014, 16–18.)

Eri tutkimusmenetelmien yhdistämistä kutsutaan nimellä triangulaatio. Triangulaation avulla ilmiötä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta, tarkemman ymmärryksen saavuttamiseksi sekä tulosten luotettavuuden varmistamiseksi. Eri näkökulmien käytön avulla pyritään saamaan tulkinnalle vahvistusta tai löytämään ratkaisu monisäikeiseen tutkimusongelmaan. Triangulaation käyttö voi olla perusteltua myös niissä tilanteissa,

joissa yhden menetelmän käyttäminen saattaa jättää tiedonkeruussa aukkoja. Esimerkkinä tästä on strukturoitujen kysymysten lisänä käytetyt avoimet kysymykset. Eri menetelmien käyttämiseen liittyy riski siitä, että tutkimustulokset ovat keskenään ristiriitaiset. Siinä tapauksessa tutkijan on mietittävä tarkkaan, mitä tutkimustuloksia hän uskoo. (Kananen 2014, 120–122.) Tutkimuskysymystemme kannalta eri tutkimusmenetelmien yhdistäminen osoittautui parhaaksi mahdolliseksi tavaksi kerätä tietoa. Strukturoiduilla kysymyksillä saatiin määrällisesti kattava kuva siitä, mitä osaamista työntekijöillä on ja mihin he kaipaavat vielä koulutusta. Avoimien kysymysten avulla saimme syvempää tietoa yksittäisistä asioista. Yhdessä nämä muodostivat selkeän näkökulman siitä, mitä koulutustarpeita työntekijöillä on. Saimme myös käsityksen niistä tekijöistä, jotka vaikuttivat työntekijöiden kokemuksen mukaan saattohoidon toteutumiseen työyksikössä. Kvalitatiivisen aineiston analysointi on huomattavasti enemmän aikaa vievää, kuin kvantitatiivisen, joten aikataulun kannalta vastaajajoukkoa tuli rajata. Puhtaasti kvantitatiivisen kyselyn vastaajajoukko olisi voinut käsittää kaikki tehostetun palveluasumisen yksiköt, jolloin kaikkien yksiköiden näkemys olisi tullut tuloksissa esille. Katsoimme kvalitatiivisten kysymysten kuitenkin olevan niin tärkeitä, että olimme valmiita tinkimään vastaajien määrästä.

Jo opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa oli selvää, että keräämme tutkimusaineiston kyselylomakkeen avulla (LIITE 2). Määrällisessä tutkimuksessa kyselyn etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Siihen voi liittyä myös heikkouksia. Aineistoa voidaan pitää pinnallisena ja teoreettisesti vaatimattomana. Kyselyssä voi tulla vastaan eri ongelmakohtia, vastausvaihtoehtojen asettelu voi vastaajien kannalta epäonnistua tai vastauksia ei tule tarpeeksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Ennen kyselylomakkeen laatimista perehdyimme saattohoidon teemasta löytyvään teorial tietoon sekä tutkimuksiin. Mietimme kysymyksiä siltä pohjalta, mitä saattohoidon eri aihealueita on tutkittu hoitotyöntekijöiden näkökulmasta ja minkälaista tietoa ja taitoa työntekijältä vaaditaan, jotta saattohoidon laatu olisi hyvää.

Yritimme minimoida kyselylomakkeen tulkinnassa mahdollisesti ilmeneviä ongelmakohtia testaamalla sitä ennakkoon tehostetun palveluasumisen työntekijöillä. Suoritimme testauksen Käpyrinteen osastoilla 2 ja 3, jolloin paikalla oli noin kymmenen henkilökunnan edustajaa. Pyysimme heitä tutustumaan kyselylomakkeeseen ja miettimään,

ymmärtävätkö he siinä olevat kysymykset. Halusimme myös tietää, löytävätkö he strukturoiduista kysymyksistä itselleen sopivan vaihtoehdon. Vastauksia emme tässä vaiheessa keränneet. Pääosin kyselylomake osoittautui toimivaksi, muutaman kysymyksen sanamuotoa muutimme ja rajasimme ammattinimike -kohdan vastausvaihtoehdoiksi vain lähihoitaja/perushoitaja ja sairaanhoitaja. Mahdollisimman suuren vastausprosentin saamiseksi teimme kyselyn sähköisenä Webropol-ohjelman avulla, mutta annoimme mahdollisuuden vastata kyselyyn myös paperilomakkeella. Kysely lähetettiin vastaajille sähköpostiin. Työntekijöiden sähköpostiosoitteet saimme osastonhoitajilta ja esimiehiltä. Kysely oli auki noin neljän viikon ajan, tammi-helmikuussa. Lähetimme viikon välein muistutusviestin vastaajille ja olimme sähköpostin välityksellä yhteydessä osastonhoitajiin, jotta hekin osaltaan muistuttaisivat henkilökuntaa vastaamaan kyselyyn.

Kyselylomake (LIITE 2) koostui enimmäkseen strukturoiduista kysymyksistä ja kolmesta avoimesta kysymyksestä. Strukturoiduilla kysymyksillä selvitimme työntekijöiden osaamista ja koulutustarpeita. Avoimilla kysymyksillä halusimme vastauksia siihen, mitkä tekijät vaikuttavat saattohoidon toteutumiseen työyksikössä. Vastaajien taustatekijöistä halusimme selvittää eri ikäluokat, ammattinimikkeen, koulutustason sekä työkokemusvuosien eri luokat. Lisäksi lisäsimme muutaman työmme tilaajan laatiman kysymyksen, joiden avulla saimme selville, mistä työntekijät hakevat tietoa saattohoidon tueksi. Näiden tiedonhakutaitoja selvittävien kysymysten tavoite oli myös lisätä tietoisuutta eri tiedonhakumahdollisuuksista.

6.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Määrällisessä tutkimuksessa päätelmien teko perustuu havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin (Hirsjärvi ym. 2009, 140). Analysoimme määrällisen tutkimusaineiston Webropol-ohjelman avulla. Suurin osa aineistosta oli jo valmiina sähköisessä muodossa ja paperilomakkeista saadut kolme vastausta syötimme kyselyn päätyttyä käsin ohjelmaan. Tulokset esitimme taulukoiden avulla sekä kirjoittamalla taulukoiden sisällön sanallisesti auki eri taustamuuttujat huomioiden. Webropol-ohjelman avulla saimme tuloksista suoraan keskiarvot sekä prosenttijakaumat ja teimme valitsemiemme muuttujien välillä ristiintaulukointia. Määrällisten tulosten graafiset kuvaajat otimme suoraan

Webropol-ohjelmasta (KUVIO 1, KUVIO 2). Taulukot koostimme itse Excel-ohjelmalla (TAULUKOT 1-4). Webropolin kautta ristiintaulukoidut tulokset tulivat kysymyksen jokaisen vastausvaihtoehdon osalta erikseen omaan taulukkoonsa. Jos olisimme hyödyntäneet nämä yksittäiset taulukot sellaisenaan, olisi tulosraportista tullut liian pitkä. Tulosten tulkinta olisi myös ollut lukijalle vaikeampaan. Päädyimme rakentamaan Excel-ohjelmalla yhdistelmätaulukon, jossa näkyy kysymyksen jokaisen vastausvaihtoehdon tulokset ristiintaulukoituna ammattinimikkeen mukaan. Näiden kahden ohjelman yhdistetty käyttö osoittautui hyväksi tavaksi käsitellä tutkimustuloksia. Webropol on kätevä työkalu tulosten analysointiin ja Excelillä saa tuloksista rakennettua vaivattomasti juuri sen näköisiä ja kokoisia taulukoita kuin tarvitsee.

Laadullisen tutkimuksen analyysivaiheesta puuttuvat tiukat tulkintasäännöt ja analysoinnin tekeminen kuuluu koko tutkimuksen eri vaiheisiin, ei pelkästään aineiston keräämiseen jälkeen tapahtuvaan analysointiin. Laadullisen tutkimuksen päättely on usein induktiivista, eli yksittäisistä havainnoista muodostuu tulokset. (Kananen 2014, 18–20.) Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta jonkinlainen tyypillinen kertomus. Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen päätetään mistä tyypillistä kertomusta lähdetään etsimään. Kun se on päätetty, karsitaan aineistosta tutkimusongelman kannalta epäolennainen tieto. Jotta aineistosta ei hävitetä tärkeää informaatiota, on se pilkottava ja tiivistettävä osiin. Seuraavassa vaiheessa tutkimusaineisto ryhmitellään uudeksi kokonaisuudeksi sen mukaan, mitä alun perin aineistosta oli tarkoitus etsiä. Lopuksi ryhmittelyistä muodostuu käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli. (Vilkkä 2005, 139–140.) Avoimien kysymysten analysointi lähti aineistomme kohdalla käyntiin tutkimuskysymysten kautta. Näin pystyimme rajaamaan avoimista vastauksista sen tiedon, mikä on tutkimuskysymysten kannalta olennaista. Luimme vastaukset useaan kertaan läpi ja alleviivasimme asiat, jotka vastaavat kysymyksiimme. Tekstistä nostimme näitä tärkeitä asioita ja kirjasimme ne teeman mukaan ylös. Osa vastauksista muodostui yhdestä sanasta ja osassa asiaa oli laajemmin avattu.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Kyselytutkimus lähetettiin 92 vastaajalle. Vastauksia tuli yhteensä 51 (N=51). Vastausprosentti oli kokonaisuudessaan 55. Vastaajista 75 % (n=38) oli lähihoitajia tai perushoitajia ja 25 % (n=13) sairaanhoitajia. Esimiesten vastauksia ei ole erikseen eritelty, heidän vastauksensa sisältyvät sairaanhoitajien vastauksiin. vastanneista enemmistö eli 56 % (n=29) on iältään yli 50-vuotiaita. Vastaajien työkokemusvuodet jakautuivat varsin tasaisesti.

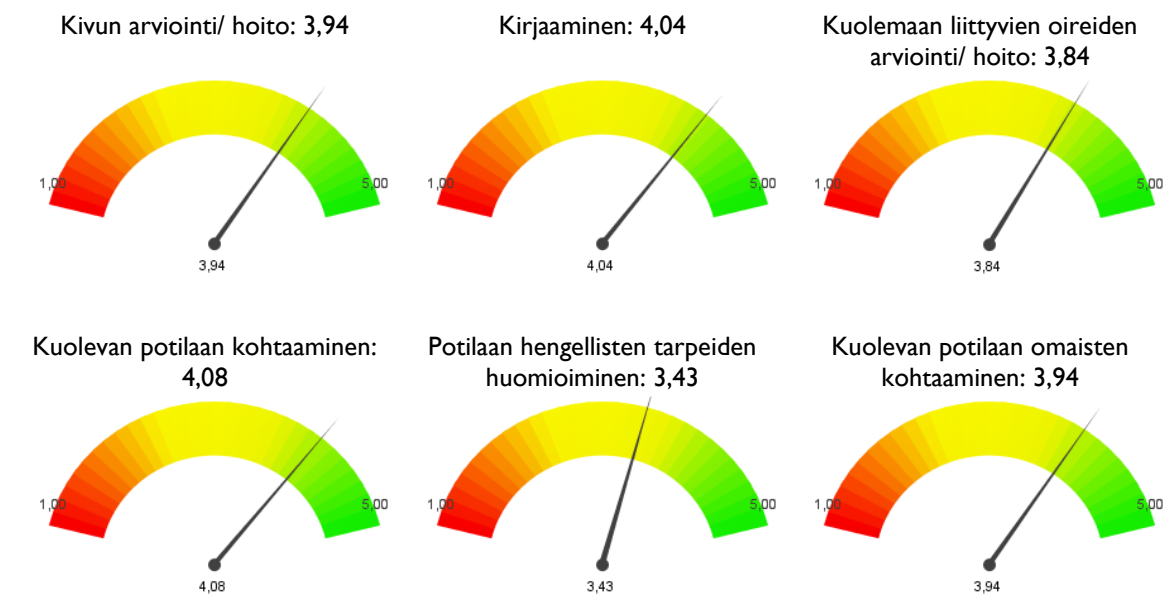
Strukturoituihin kysymyksiin vastaaminen oli asetettu kyselylomakkeella pakolliseksi. Vapaaehtoisista avoimista kysymyksistä saattohoidon haasteita ja kehittämiskohteita käsittelevään kahteen kysymykseen tuli 42 vastausta ja lopussa olevaan täydentävään kysymykseen tuli 21 vastausta. Avoimiin, kvalitatiivisiin kysymyksiin tuli yhteensä noin neljä sivua tekstiä. Osa vastauksista muodostui yhdestä sanasta ja osassa asiaa oli laajemmin avattu.

TAULUKKO 1: Vastaajien tiedot

Vastaajien ikä	n=	Työkokemus alalla	n=
20-29 vuotta	4	1-5 vuotta	13
30-39 vuotta	7	6-10 vuotta	6
40-50 vuotta	11	11-20 vuotta	14
yli 50 vuotta	29	yli 20 vuotta	18

7.2 Hoitohenkilöstön saattohoito-osaaminen

Hoitohenkilöstön osaamista kartoitettiin muun muassa kivun hoidossa, hengellisten tarpeiden huomioon ottamisessa ja kuolevan potilaan kohtaamisessa. Osaamista kuvaavassa asteikossa luku 5 kuvaa riittävää osaamista ja luku 1 sitä, että osaamista ei ole lainkaan. Vastausten keskiarvo kivun arvioinnin ja hoidon osaamisessa oli 3,94. Kirjaamisosaamisen arvioitiin olevan keskimäärin 4,04. Kuolemaan liittyvien oireiden arviointi ja hoito-osaamisen keskiarvo oli 3,84. Kuolevan potilaan kohtaamistaito arvioitiin tasolle 4,08 ja potilaan omaisten kohtaamistaito tasolle 3,94. Potilaan hengellisten tarpeiden huomioiminen sai arvioiksi keskimäärin 3,43. Seuraavassa kuviossa on henkilökunnan osaamisen keskiarvot eri osa-alueilta:



KUVIO 1: Osaamisen keskiarvot

Sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa kivun arvioinnista ja hoitamisesta, kirjaamisesta sekä kuolemaan liittyvien oireiden arvioimisesta ja hoitamisesta vähintään tasolle 3 tai sitä paremmaksi. Kivun arvioinnissa ja hoidossa neljä sairaanhoitajaa arvioi osaamisensa riittäväksi ja kahdeksan arvioi sen lähes riittäväksi, tasolle 4. Kaikki 13 sairaanhoitajaa arvioivat kirjaamistaitonsa tasolle 4-5. Kuolemaan liittyvien oireiden arviointiin ja hoitamiseen liittyvä osaaminen oli myös enemmistön (n=7) mielestä riittävää. Enem-

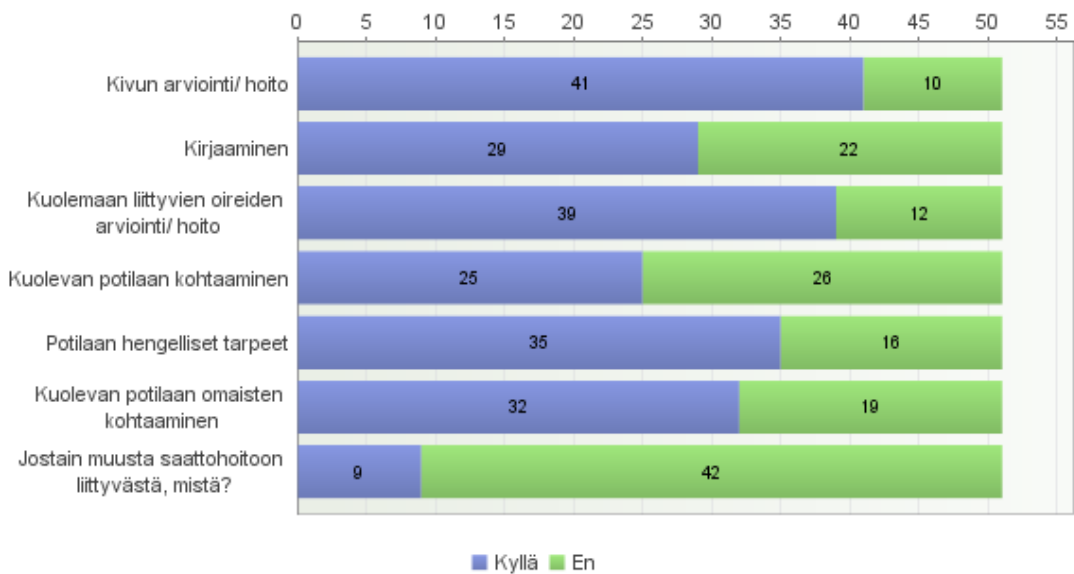
mistö (n=8) sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että osaaminen kuolevan potilaan kohtaamiseen on riittävää ja neljän sairaanhoitajan mielestä osaaminen on tasolla 4. Osaaminen hengellisten tarpeiden huomioon ottamisessa aiheuttaa enemmän hajontaa. Vain yksi sairaanhoitaja kokee osaamisensa olevan riittävää, kymmenen sairaanhoitajaa arvioi sen olevan tasolla 3-4 ja kaksi sairaanhoitajaa tasolla 2. Sairaanhoitajista viisi kokee kuolevan potilaan omaisten kohtaamiseen liittyvän osaamisen riittäväksi, kun tasolle 3-4 sen asettaa yhteensä seitsemän sairaanhoitajaa. Seuraavassa taulukossa on kuvattu henkilökunnan vastaukset osaamisestaan, ammattinimikkeen mukaan jaoteltuna:

TAULUKKO 2: Osaaminen ammattinimikkeen mukaan

		1	2	3	4	5
		n=	n=	n=	n=	n=
Kivun arviointi/ hoito						
	Lähihoitaja			11	22	5
	Sairanhoitaja			1	8	4
Kirjaaminen						
	Lähihoitaja		1	10	19	8
	Sairanhoitaja				7	6
Kuolemaan liittyvien oireiden arviointi/ hoito						
	Lähihoitaja			17	18	3
	Sairanhoitaja			1	5	7
Kuolevan potilaan kohtaaminen						
	Lähihoitaja		2	8	18	10
	Sairanhoitaja		1		4	8
Potilaan hengelliset tarpeet						
	Lähihoitaja	1	6	11	16	4
	Sairanhoitaja		2	4	6	1
Kuolevan potilaan omaisten kohtaaminen						
	Lähihoitaja		1	10	19	8
	Sairanhoitaja		1	2	5	5

7.3 Hoitohenkilöstön lisätiedon ja koulutuksen tarve

Selvitimme strukturoiduilla kysymyksillä hoitohenkilöstön koulutuksen tarvetta kuolevan potilaan hoitotyössä tarvittavista tiedoista ja taidoista. Hoitohenkilöstön lisätiedon tarvetta selvitimme sillä, mitkä eri tiedonlähteet ovat hoitohenkilöstön tiedossa ja kuinka paljon he niitä hyödyntävät etsiessään tietoa kuolevan potilaan hoitotyön tueksi. Koulutustarpeen tutkimustuloksista selviää, että enemmistö sairaanhoitajista ja lähi- ja perushoitajista kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta, etenkin kuolevan potilaan hengellisten tarpeiden huomioinnista (KUVIO 2). Ne foorumit, joiden kautta lisätietoa kuolevan potilaan hoitotyön tueksi olisi mahdollista saada, eivät ole hoitohenkilöstön tiedossa (TAULUKKO 3). Yleisimmin lisätietoa haettiin Terveysportista ja Käypä hoitosuosituksista.



KUVIO 2: Koulutustarve

Sairaanhoitajien koulutustarve jakautuu kivun arvioinnissa ja hoidossa, kuolemaan liittyvien oireiden arvioinnissa ja hoidossa sekä kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa lähes tasan niiden välillä, joilla koulutustarvetta on ja niiden, jotka eivät sitä koe tarpeelliseksi. Eroa syntyy potilaan hengellisten tarpeiden huomioon ottamisessa, jossa huomattava enemmistö (n=12) sairaanhoitajista kokee tarvitsevansa koulutusta aiheesta. Enemmistö (n=8) sairaanhoitajista on sitä mieltä, että he eivät tarvitse koulutusta kuolevan potilaan kohtaamiseen liittyvistä asioista.

Lähi- ja perushoitajista 89 % (n=34) kaipaa lisäkoulutusta kivun arvioinnista ja hoidosta sekä 87 % (n=33) kuolemaan liittyvien oireiden arvioinnista ja hoidosta. Kuolevan potilaan kohtaamiseen liittyvä koulutustarve asettuu lähes tasan, enemmistö eli 53 % (n=20) on kuitenkin sitä mieltä, että koulutukselle on tarvetta. Lähi- ja perushoitajat kokevat myös tarvitsevänsä lisäkoulutusta kuolevan potilaan omaisten kohtaamiseen. Vastaajista 66 % (n=25) on lisäkoulutuksen kannalla. Potilaan hengellisten tarpeiden huomioon ottamisessa koulutusta kokee tarvitsevänsä 60 % (n=23) lähi- tai perushoitajaa.

TAULUKKO 3: Tiedon ja tukipalveluiden hyödyntäminen ammattinimikkeen mukaan

	Hyödynnän säännöllisesti	Hyödynnän satunnaisesti	En ole ollut tietoinen	Olen tietoinen, mutta en hyödynnä työssäni
	n=	n=	n=	n=
Kuinka usein hyödynnät työssäsi Efficassa olevaa materiaalia saattohoidosta				
Lähihoitaja	3	13	20	2
Sairaanhoitaja	3	8	2	0
Hyödynnätkö työssäsi KYSin palliatiivisen poliklinikan konsultaatioapua?				
Lähihoitaja	1	1	32	4
Sairaanhoitaja	0	3	6	4
Hyödynnätkö työssäsi kuolevan potilaan Käypä hoito -suositusta?				
Lähihoitaja	14	16	5	3
Sairaanhoitaja	1	10	0	2
Hyödynnätkö työssäsi Terveystieteen hoitajille suunnattuja tietokantoja?				
Lähihoitaja	3	19	12	4
Sairaanhoitaja	3	8	0	2
Hyödynnätkö työssäsi vapaaehtoisia saattotukihenkilöitä?				
Lähihoitaja	5	23	2	8
Sairaanhoitaja	1	9	0	3

Kysyimme, mitkä eri tiedonlähteet ovat hoitohenkilöstön tiedossa ja kuinka paljon he niitä hyödyntävät (TAULUKKO 3). Kaikista vastaajista 43 % (n=22) ei ollut tietoinen Efficasta löytyvästä materiaalista ja vain 12 % (n=6) vastaajista hyödyntää sitä säännöllisesti. Satunnaisesti Effican materiaalia hyödyntää 41 % (n=21) vastaajista. Enemmistö, 75 % (n=38), ei ollut tietoinen KYSin palliatiivisen poliklinikan konsultaatiomahdoluudesta. Säännöllisesti tai satunnaisesti sitä hyödyntää vain 10 % (n=5) vastaajista. Se

16 % (n=8), joka tiesi konsultaatiomahdollisuudesta, mutta ei hyödyntänyt sitä, perusteli asian sillä, ettei konsultoimiseen ollut tarvetta ja että yhteydenoton hoiti sairaanhoitaja. Käypä hoito -suositukset ovat enemmistöllä käytössä, yhteensä 80 % (n=41) vastaajista käyttää suosituksia säännöllisesti tai satunnaisesti. Vastaajista 10 % (n=5) tietää Käypä hoito -suosituksista, mutta ei hyödynnä niistä löytyvää tietoa, koska tiedolle ei ollut vielä tarvetta, sen lukemiseen ei ole aikaa tai he saavat tarvittavan tiedon kollegalta. Terveystietokannan hoitajille suunnattuja tietokantoja hyödynnetään usein. Yhteensä 65 % (n=33) vastaajista hyödyntää tietokantoja säännöllisesti tai satunnaisesti. Vastaajista 24 % (n=12) ei kuitenkaan ollut tietoisia Terveystietokannan tietokantojen olemassaolosta.

Kun vastauksia tarkastellaan vain sairaanhoitajien osalta, käy ilmi, että säännöllisesti tai satunnaisesti Effican saattohoitomateriaalia hyödyntää heistä suurin osa (n=11). Kaksi sairaanhoitajaa ei ollut tietoisia materiaalista. Puolet sairaanhoitajista (n=6) ei tiennyt KYS:in konsultaatioavun mahdollisuudesta. Sairanhoitajista lähes jokainen (n=11) hyödyntää Käypä hoito -suositusta säännöllisesti tai satunnaisesti. Sairanhoitajista kaikki (n=13) ovat tietoisia Terveystietokannan hoitajille suunnatuista tietokannoista, ja suurin osa (n=11) heistä hyödyntää niitä työssään säännöllisesti tai satunnaisesti.

7.4 Saattohoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät työyksikössä

Selvitimme kyselyn avulla erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat saattohoidon toteutumiseen työyksikössä. Halusimme tietää, saako hoitohenkilöstö riittävästi tukea eri tahoilta, kuten työkavereilta ja osaston lääkäriltä (TAULUKKO 4). Halusimme myös selvittää, mitkä asiat vaikuttavat saattohoidon toteutumiseen, mitkä asiat koetaan haasteena saattohoidon onnistuneelle toteutumiselle ja mitä asioita kehittämällä saattohoito toteutuisi paremmin (KUVIO 3). Aihealueen laajuuden vuoksi käytimme määrällisten kysymysten tukena avoimia kysymyksiä.

TAULUKKO 4: Saattohoitotyöhön saadun tuen arviointi

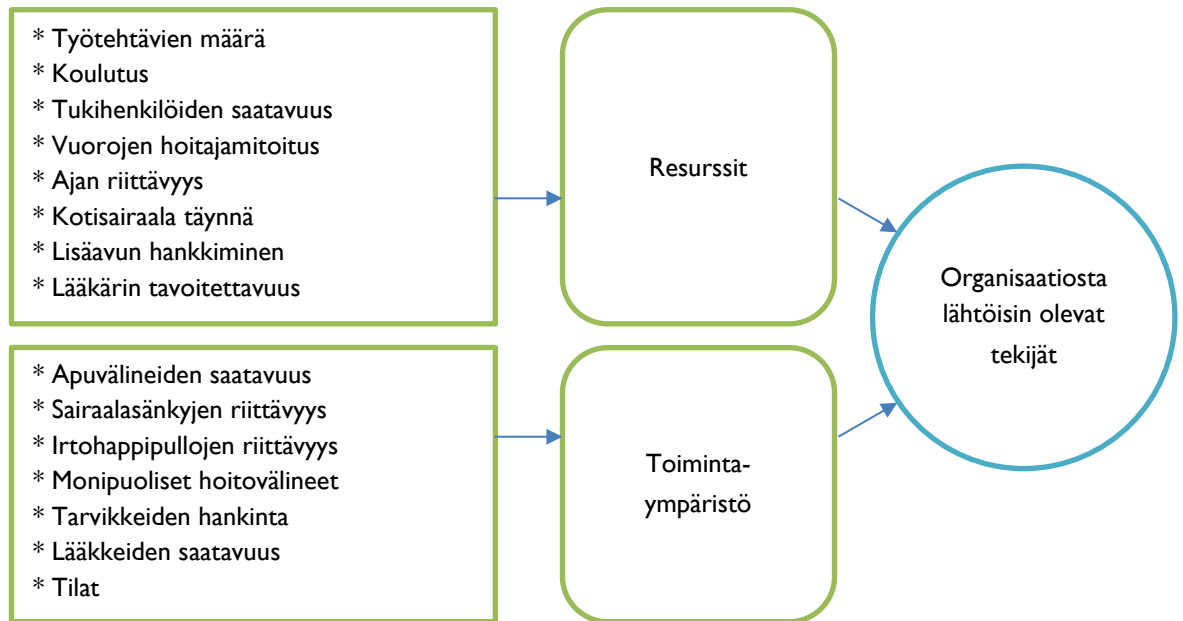
		1	2	3	4	5
		n=	n=	n=	n=	n=
Saatko tukea osaston muulta henkilökunnalta						
	Lähihoitaja			4	17	17
	Sairaanhoitaja			1	2	10
Saatko tukea esimiehiltä						
	Lähihoitaja	3	11	12	7	5
	Sairaanhoitaja		1	6	4	2
Saatko tukea hoitavalta lääkäriltä						
	Lähihoitaja	2	8	10	14	4
	Sairaanhoitaja			1	5	7
Saatko tukea päivystyksestä						
	Lähihoitaja	6	9	12	8	3
	Sairaanhoitaja	2	3	2	3	3
Saatko tukea erikoissairaanhoidosta						
	Lähihoitaja	8	12	11	6	1
	Sairaanhoitaja	1	7	1	2	2

Saatko saattohoitotyöhön tarvittavaa tukea riittävästi -kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat numeraaliset asteikolla 1 – 5 (TAULUKKO 4). Numero 1 kuvaa, ettei vastaaja saa saattohoitotyöhön tukea lainkaan ja numero 5 merkitsee, että tuki on vastaajan mielestä riittävää. Osaston muulta henkilökunnalta saatu tuki arvioidaan keskimäärin varsin riittäväksi, tasolle 4,43. Sairaanhoitajat arvioivat muulta henkilökunnalta saamansa tuen hieman paremmaksi kuin lähi- tai perushoitajat, suurin osa eli 77 % (n=10) arvioi saadun tuen olevan riittävää tasolla ja loput kaksi antaa saamalleen tuelle arvosanan 4. Esimiehiltä saadun tuen vastaajat arvioivat keskimääräisesti melko riittävälle tasolle 3,14. Sairaanhoitajista noin puolet (n=6) antaa esimiehiltä saadulle tuelle arvosanan 3. Neljä sairaanhoitajaa valitsee vaihtoehdon 4 ja kaksi sairaanhoitajaa kokee esimiehiltä saadun tuen olevan riittävää. Hoitavalta lääkäriltä saadun tuen keskimääräinen arvosana on 3,57. Sairaanhoitajat arvioivat lääkäriltä saadun tuen hieman paremmaksi kuin lähihoitajat. Suurin osa 92 % (n=12) kokee saavansa tukea riittävästi tai lähes riittävästi. Päivystyksestä saattohoitotyöhön saadun tuen vastaajat kokevat keskenään melko eri lailla, vastaukset jakautuvat tasaisesti eri vaihtoehtojen välillä. Kaikkien vastausten kes-

kiarvo on 2,9. Vastaajat kokevat saavansa kysymyksen eri vaihtoehtoista vähiten tukea erikoissairaanhoidosta, vastausten keskiarvo on 2,55.

Kysymyksen miten henkilöstörakenne, henkilökunnan osaaminen, esimiehet, omaiset, yhteistyö lääkärin kanssa, yhteistyö kotisairaalan kanssa ja yhteistyö päivystyspoliklinikan kanssa vaikuttaa saattohoidon onnistumiseen työyksikössäsi vastausvaihtoehdot olivat myös numeraaliset asteikolla 1 – 5. Numero 1 kuvaa, että kyseinen tekijä heikentää vastaajan mielestä saattohoidon onnistumista ja numero 5 merkitsee, että tekijä vaikuttaa edistävästi saattohoidon onnistumiseen. Vastaajat eivät kokeneet minkään vastausvaihtoehdon heikentävän saattohoidon toteutumista työyksikössä. Eniten saattohoidon onnistumista kaikkien vastaajien mielestä edistää henkilökunnan osaaminen (vastausten keskiarvo 4,14). Sen jälkeen eniten edistävästi nähtiin vaikuttavan yhteistyön kotisairaalan kanssa (vastausten keskiarvo 4,02). Yhteistyön lääkärin (vastausten keskiarvo 3,8) sekä omaisten (vastausten keskiarvo 3,76) kanssa arvioitiin myös vaikuttavan saattohoidon onnistumiseen positiivisesti. Yhteistyön päivystyspoliklinikan (vastausten keskiarvo 3,31) sekä esimiesten (vastausten keskiarvo 3,25) kanssa arvioitiin myös yli tason 3.

Avoimilla kysymyksillä selvitettiin saattohoidon onnistuneeseen toteutumiseen liittyviä tekijöitä. Halusimme saada selville, mikä vaikuttaa saattohoidon onnistuneeseen toteutumiseen työyksikössä. Vastausten perusteella saattohoidon onnistuneeseen toteutumiseen vaikuttaa **organisaatiosta lähtöisin olevat tekijät, henkilöstöstä lähtöisin olevat tekijät** sekä **muut tekijät** (KUVIOT 3-5). Näistä muodostui kolme yläkategoriaa. Organisaatiosta lähtöisin olevat tekijät liittyivät resursseihin ja toimintaympäristöön, henkilöstöstä lähtöisin olevat tekijät kliiniseen hoitotyöhön ja vuorovaikutukseen sekä muut tekijät, jotka olivat kuolevasta potilaasta tai hänen omaisistaan lähtöisin olevia tekijöitä.



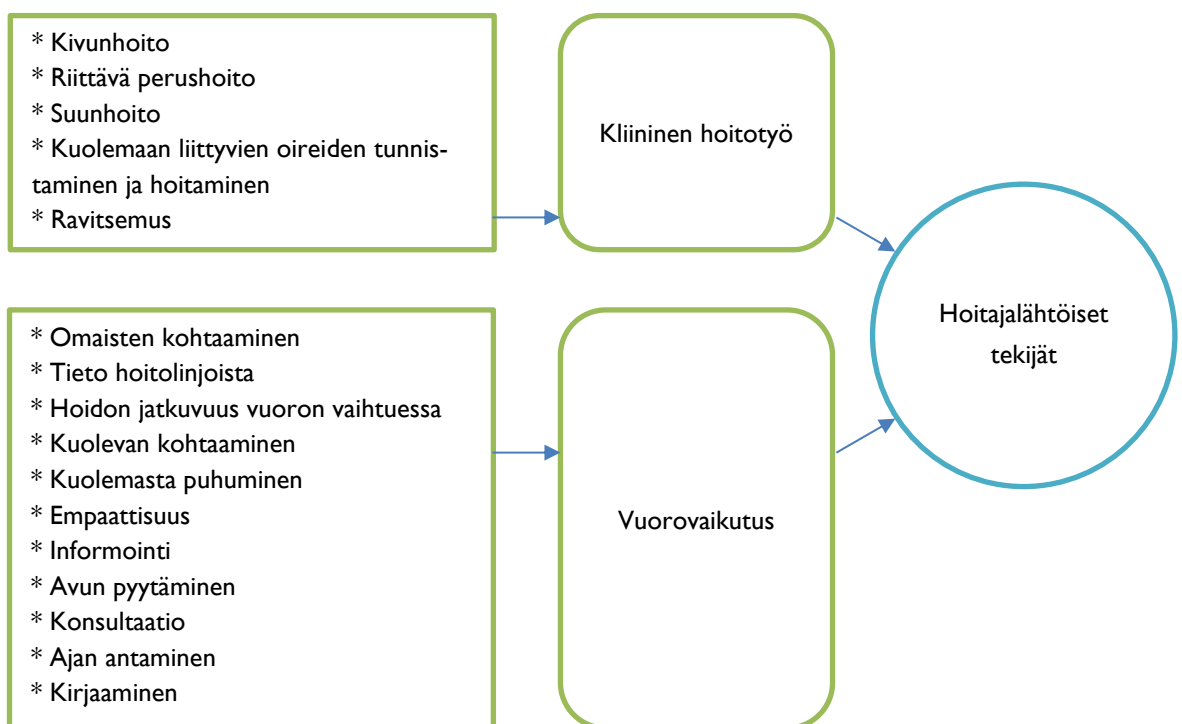
KUVIO 3: Sisällönanalyysikaavio, Organisaatiosta lähtöisin olevat tekijät

Organisaatiosta lähtöisin olevat resurssit (KUVIO 3) nähdään henkilökunnan riittämättömyytenä, erityisesti niissä tilanteissa, kun saattohoidettavia oli yksi tai useampi eikä selkeää ohjetta tai valtuutusta lisätyöntekijöiden hankkimiseen ollut. Riittävää henkilökuntamäärää pidettiin hyvin tärkeänä asiana, jotta kuolevan potilaan vierelle ehtisi jämmään niissä tilanteissa kun omaiset tai vapaaehtoiset saattotukihenkilöt eivät olleet paikalla. Vapaaehtoisten saattotukihenkilöiden läsnäolo helpotti tilannetta, mutta heitäkään ei ollut aina saatavilla. Vastaajien mielestä erilaisia työtehtäviä tuntui olevan niin paljon, että aikaa ei jäänyt kuolevan potilaan vierellä olemiseen kuin pieni hetki. Vuorojen mitoitus koettiin tiukaksi. Etenkin yöaikaan saattohoidon toteutus nähtiin hankalana, koska yksi hoitaja oli vastuussa koko osastosta. Kotisairaalan täynnä olemisen vuoksi sieltä ei aina ehditty ajoissa paikalle silloin, kun tarvetta oli. Myös lääkärin toivottiin olevan helpommin tavoitettavissa. Koulutusta toivottiin saattohoidon eri osa-alueista lisää, samoin siihen liittyviä tietopaketteja.

”Pitäisi olla mahdollista lisätä henkilökunnan määrää tilapäisesti silloin kun on saattohoito loppuvaiheessa. Koska vuoroissa mitoitus on tiukka, niin ei ole juurikaan aikaa jäädä kuolevan rinnalle edes viime hetkilläkään.”

”Kotisairaala on vaan usein niin täynnä että on haasteellista saada pistosta juuri silloin kuin se on tarpeen.”

Toimintaympäristöön liittyviksi tekijöiksi (KUVIO 3) muodostuivat erilaisten tarvikkeiden puute tai riittämättömyys. Kivunhoidon toteutusta vaikeutti kipulääkkeiden saatavuus. Vastaajat toivoivat, että injektoitavia kipulääkkeitä olisi saatavilla, sillä edellytykset tehokkaaseen kivunhoitoon nähtiin sen avulla parempana. Tilat koettiin saattohoidon kannalta toimivaksi, mutta erilaisia apuvälineitä ja sairaalasänkyjä toivottiin lisää, samoin omaisille toivottiin mahdollisuutta yöpymiseen. Hoitotarvikkeiden hankkimiseen lähinnä kustannusten osalta liittyi epäselvyyttä, eikä niitä sen vuoksi ollut aina saatavilla. Käytössä olevien irtohappipullojen määrä koettiin toisinaan liian pieneksi.



KUVIO 4: Sisällönanalyysikaavio, hoitajalähtöiset tekijät

Hoitajalähtöisistä tekijöistä (KUVIO 4) klinisen hoitotyön kohdalla mainittiin useita kivunhoidon toteuttamiseen liittyviä ongelmia ja kehittämistarpeita. Kivunhoitoon liittyvät ongelmat näyttäytyivät työyhteisössä kipulääkkeen antamiseen kohdistuvana pelkona, eri ammattiryhmien näkemyseroina kivunhoidon toteutuksesta ja kipulääkkeiden ”säästämisenä”. Myös fyysisen kivun ja henkisen kivun erottaminen nähtiin työyhteisössä vaikeaksi asiaksi. Kivunhoidon toteuttamisen kannalta koettiin hyväksi toimintatavaksi se, että kipulääkityksestä sovittaisiin hyvissä ajoin ja kiinnitettäisiin huomiota

riittävään kivunlievitykseen. Yksi vastaajista kertoi, että kivunhoito on heidän yksikössään onnistunut hyvin, siitä on saatu hyvää palautetta.

Perushoidon osalta saattohoidon toteutumiseen vaikuttavina tekijöinä tuli esille potilaan ravitsemuksen turvaaminen lempiruokien avulla, puhtaudesta huolehtiminen sekä suunhoito. Kuolevan potilaan oireiden tunnistaminen sekä lievittäminen nähtiin myös asiana, jonka osaamisessa olisi parannettavaa.

”Henkilökunnan osaaminen esim. kuolevan asukkaan kuolemaan liittyvien oireiden, tunnusmerkkien tunnistaminen ja lievittäminen. Miten todetaan, että ihminen on kuollut?”

Vuorovaikutukseen viittaavia teemoja nousi paljon esille. Omaisten kohtaaminen ja heidän kanssaan saattohoitoon liittyvistä asioista keskusteleminen koettiin hankalana asiana. Tärkeänä asiana pidettiin sitä, että omaisia huomioidaan, tuetaan sekä sovitaan asioista hyvissä ajoin ja että kuolevalle potilaalle sekä hänen omaisille annettiin riittävästi aikaa sekä informaatiota. Potilaan ja omaisen toiveiden välittymisessä korostuivat hoitoneuvotteluiden, kirjaamisen ja suullisen raportoinnin merkitys. Hoitajan kykyä olla empaattinen pidettiin tärkeänä asiana.

”Omaisille kertomisen oireista, jotka liittyvät heidän omaisensa lähestyvään kuolemaan ja auttamisen heitä hyväksymään noiden oireiden olemassaolo, kuten rohisevat hengitysäänet yms.”

”Ajan antaminen kuolevalle ja omaiselle sekä mahdollisuus rauhoittua siihen tilanteeseen”

”Jos asiakas tai omaiset pystyvät kertomaan, miten halutaan, että loppuun saakka asiakas hoidetaan, tehdään hyvä kirjaus efficalle ja käydään suullisesti henkilökunnan kanssa läpi”

Katkoksia koettiin olevan eri työntekijöiden tiedoissa hoitolinjauksista ja hoidon jatkuvuudesta vuoron vaihtuessa. Avun pyytäminen rakennuksen eri työyksiköiden välillä oli mahdollisuus, jota ei tähän mennessä ollut tarpeeksi hyödynnetty saattohoidon toteuttamiseen. Hyvänä ajatuksena pidettiin sitä, että muutama työntekijä koulutettaisiin saat-

tohoidon osaajaksi, jotta muut työntekijät pystyisivät tarpeen mukaan saamaan heiltä konsultointiapua.

Esille nousi myös hoitohenkilöstön pelot kuolevaa ja kuollutta potilasta kohtaan. Pelko vaikutti vuorovaikutuksen toteutumiseen kuolevan potilaan sekä hänen omaisten ja hoitajan välillä. Toivottiin, että kuolemasta keskusteltaisiin enemmän.

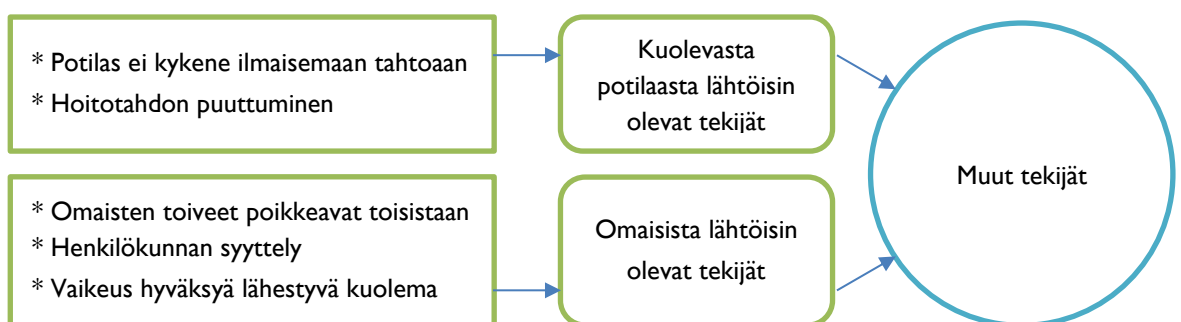
”Olisiko henkilökunnalla pelko kohdata kuoleva ja kuollut ihminen?”

”Kaikkien pitäisi oppia ajattelemaan kuolemaa luonnollisena asiana eikä pelätä tai säikkyä kuoleman lähenemistä”

Muut tekijät (KUVIO 5) olivat kuolevasta potilaasta tai hänen omaisistaan lähtöisin olevia tekijöitä. Saattohoidon onnistuneen toteutumisen haasteena nähtiin potilaan kykenemättömyys ilmaista omaa tahtoaan vointinsa vuoksi ja hoitotestamentin puuttuminen. Omaisista lähtöisin olevat tekijät liittyivät siihen, että omaisia oli vaikea tavoittaa. Myös omaisten hoitohenkilökuntaan kohdistuvat syytökset potilaan kuoleman jälkeen tai potilaan usean omaisen välillä olevat hoitoa koskevat poikkeavat toiveet nähtiin haastavina.

”Potilas ei pysty vointinsa vuoksi kertomaan miten haluaa että hänet hoidetaan. Hoitotestamentti olisi hyvä olla.”

”Omaisten toiveet voivat olla kovastikin toisistaan poikkeavia. Omaisten voi olla vaikea hyväksyä lähestyvää kuolemaa, syytellään henkilökuntaa.”



KUVIO 5: Sisällönanalyysikaavio, muut tekijät

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Kysymyksessä, millaiseksi työntekijät kokevat saattohoito-osaamisensa, tarkoituksenamme oli selvittää työntekijöiden arviota omasta osaamisestaan saattohoidon eri aihealueilla. Eri aihealueina kysyttiin osaamista kivun arvioinnissa, kirjaamisessa, kuolemaan liittyvien oireiden arvioinnissa ja hoidossa, kuolevan potilaan ja hänen omaisten kohtaamisessa sekä potilaan hengellisten tarpeiden huomioon ottamisessa. Osaaminen arvioitiin kaikissa aihealueissa lähes riittäväksi. Työntekijät arvioivat osaamisensa vähäisimmäksi potilaan hengellisten tarpeiden huomioon ottamisessa. Tulos on yhteneväinen Lampénin (2010) tutkimustulosten kanssa. Myös Karjalaisen ja Ponkilaisen (2008) tutkimustuloksista kävi ilmi hengellisten asioiden puheeksi ottamisen vaikeus. Työntekijät arvioivat kuolevan potilaan kohtaamisen ja kirjaamisen osaamisen olevan parhaiten hallussa. Kirjaamisen osaaminen eroaa Kokon (2009) tutkimuksen tuloksista, joiden mukaan tarvittaessa annettavien lääkkeiden antoindikaatio ja vaikuttavuus jäi usein kirjaamatta. Tarvittaessa annettavien lääkkeiden kirjaaminen kuuluu olennaisesti saattohoidon kirjaamiseen.

Halusimme saada selville, mistä kuolevan potilaan hoitoon liittyvästä asiasta hoitohenkilökunta kokee tarvitsevänsä lisätietoa ja koulutusta. Selvitimme työntekijöiden tiedonhaun käyttämistä eri foorumien kautta sekä heidän koulutustarpeitaan saattohoidon eri aihealueista. Eri tiedonhakupalvelut, joiden kautta olisi mahdollista saada lisätietoa kuolevan potilaan hoitotyön tueksi, eivät ole hoitohenkilöstön tiedossa. Erityisesti KY-Sin palliatiivisen poliklinikan konsultaatiomahdollisuus ja Efficasta löytyvä saattohoitomateriaali ei ole tiedossa. Yleisimmin lisätietoa haetaan Terveysportista ja Käypä hoito-suosituksista ja ne ovat enimmäkseen kaikkien työntekijöiden tiedossa. Koulutustarpeen tutkimustuloksista selviää, että enemmistö sairaanhoitajista sekä lähi- ja perushoitajista kokee tarvitsevänsä lisäkoulutusta, etenkin kuolevan potilaan hengellisten tarpeiden huomioinnista. Vaikka työntekijät kokevat osaamisensa saattohoidon eri osa-alueista hyväksi, haluavat he silti syventää omaa osaamistaan koulutuksen avulla. Siitä voidaan päätellä, että työntekijät ovat motivoituneita työtään kohtaan ja haluavat kehittää saattohoitoa yhä paremmaksi.

Kysyimme myös, mitkä tekijät vaikuttavat työntekijöiden mielestä saattohoidon toteutumiseen työyksikössä. Tarkoituksenamme oli selvittää, kokevatko työntekijät saattohoidon toteutukseen saamansa tuen riittäväksi eri tahojen osalta ja miten eri tekijät tai yhteistyö vaikuttaa saattohoidon onnistuneeseen toteutumiseen. Halusimme myös karottaa avoimilla kysymyksillä työntekijöiden kokemuksia siitä, mitkä asiat he näkevät haasteina saattohoidon onnistuneeseen toteutumiseen työyksikössä ja mitä asioita kehittämällä saattohoidon toteutus paranisi. Keskiarvon mukaan työntekijät kokevat työkaveireiltaan saamansa tuen kaikista riittävimmäksi. Sen jälkeen hieman vähemmäksi koetaan hoitavalta lääkäriltä saatu tuen määrä ja sitä hieman vähemmäksi esimieheltä saatu tuki. Vähäisimmäksi tuen määrä koetaan päivystyksen ja erikoissairaanhoidon osalta. Pääsääntöisesti kaikki tekijät: henkilöstörakenne, henkilökunnan osaaminen, esimiehet, omaiset, yhteistyö lääkärin, kotisairaalan ja päivystyspoliklinikan kanssa, koetaan keskiarvon mukaan melko edistävänä tekijänä saattohoidon toteutumisessa. Henkilökunnan osaaminen koetaan edistävimpänä tekijänä saattohoidon toteutumiseen työyksikössä. Yhteistyökumppaneiden osalta, kotisairaalan kanssa tehtävä yhteistyö edistää eniten saattohoidon toteutumista. Esimiehet koetaan vähiten edistävämmäksi asiaksi saattohoidon onnistuneessa toteutumisessa.

Avoimien kysymysten vastauksista työntekijöiden kokemina haasteina käyvät ilmi muun muassa resursseihin liittyvä työntekijöiden riittämättömyys, työtehtävien runsaus ja koulutuksen vähäisyys. Toimintaympäristön haasteet liittyvät apuvälineiden saatavuuteen, sairaalasänkyjen ja irtohappipullojen riittävyteen sekä tarvikkeiden ja lääkkeiden saatavuuteen. Yhteistyökumppaneihin liittyvät haasteet näyttäytyvät kotisairaalan paikalle ehtimisen ongelmana, kun asiakkaita on paljon, lääkärin tavoitettavuutena sekä saattotukihenkilöiden saatavuutena ja näiden avun hyödyntämättä jättämisenä. Hoitajista lähtöisin olevina tekijöinä koetaan kivunhoidon riittämättömyys, esimerkiksi kipulääkkeen antamisen pelkona. Vuorovaikutus omaisten kanssa koetaan haastavaksi, etenkin niissä tilanteissa kun omaisille on kerrottava kuolemaan liittyvistä oireista. Työntekijät toivovatkin, että omaisten kanssa keskustelemiseen ja tukemiseen voisi käyttää enemmän aikaa. Omaisten kanssa käytävän vuorovaikutuksen hankaluus on yhteneväinen Karjalaisen ja Ponkilaisen (2008) tutkimustulosten kanssa, hoitotyöntekijöiden tuen antamisesta kuolevan potilaan omaisille. Kaiken kaikkiaan haasteina nähdyt asiat ovat yhteneväisiä niiden asioiden kanssa, mitä työntekijöiden mielestä tulisi työyksikös-

sä kehittää. Yksittäisissä vastauksissa toivotaan myös avoimempaa keskustelua kuolemasta, ja yhteistyön lisäämistä muiden osastojen kanssa.

Vastauksista tulee selvästi esille työntekijöiden huoli kuolevan potilaan yksin jäämisestä ja riittämättömyyden tunne saattohoidon hyvästä toteutumisesta muiden työtehtävien rinnalla. Kuolevan potilaan vierelle haluttaisiin irrottaa yksi hoitaja, etenkin silloin, kun omaisia ei ole paikalla tai vapaaehtoisia saattotukihenkilöitä ei ole käytettävissä. Kuoleman kohtaaminen yksin nähdään merkittävänä epäkohtana saattohoidon onnistumisen kannalta. Ikääntyneiden parissa työskentelevien hoitajien työtyytyväisyyttä tutkittaessa (Suhonen, Stolt, Gustafsson, Katajisto & Puro 2012) ajan riittämättömyys nousi esille hoidon laatua alentavana tekijänä. Hoitotyöntekijöiden antama tuki kuolevan potilaan omaisille (Karjalainen & Ponkilainen 2008) nähtiin myös riittämättömänä. Myös Lagingin ym. (2014) tutkimuksessa kävi ilmi, että palveluasumisen hoitohenkilökunta koki asiakkaiden hoitamisen toimintakyvyn heikentyessä erittäin raskaaksi, koska hoitohenkilökunnan mitoituksessa ei ollut otettu huomioon asiakkaiden kunnon heikkenemistä. Yhden asiakkaan vaativampi hoito vaikutti koko yksikön hoitorutiineihin. Lisääntynyt paine aiheutti joidenkin potilaiden kohdalla sen, että kunnon heiketessä heidät lähetettiin sairaalaan, koska työntekijät kokivat resurssien olevan riittämättömät. Joissain tapauksissa myös omaiset painostivat hoitohenkilökuntaa lähettämään asiakkaan sairaalaan, vaikka heidän hoitonsa ei olisi sitä vaatinut. Jaana Ahlblad (2014) saattohoitoa koskevassa Suomen lääkärilehden artikkelissa Laakson sairaalan apulaisylilääkäri Kaisa Halosen mielestä saattohoidon osaamisen lisääminen toisi paremmat edellytykset sille, että vanhuksia ei siirrettäisi kuoleman lähestyessä toiseen hoitopaikkaan. Siirtäminen, vieras ympäristö ja ihmiset aiheuttavat potilaalle ahdistusta, eikä toiminta osoita kunnioitusta hänen ihmisarvoaan kohtaan. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kuolevan vanhuksen sairaalaan siirron taustalla ei ole ollut hoitajien osaamisen puute, vaan vähäiset resurssit.

Palliativisen hoidon yhteyshenkilöryhmä on todennut, että mahdollinen järjestettävä lisäkoulutus tullee järjestämään yhteisesti kaikille ammattiryhmille tehostetussa palveluasumisessa. Tämän ja tutkimustulosten perusteella koulutuksen tarpeellisimmiksi teemoiksi nousevat kuolevan potilaan hengellisten tarpeiden huomioiminen, kivun arviointi ja hoito sekä kuolemaan liittyvien oireiden arviointi ja hoito. Esittelimme maaliskuussa 2015 tutkimuksemme tulokset palliativisen hoidon yhdyshenkilöryhmän koko-

uksessa. Nyt tutkitun tiedon perusteella heillä on tarkoitus suunnitella workshop-tyylistä koulutusta tehostetun palveluasumisen henkilökunnalle. Tutkimustulosten mukaan henkilökunnalla on jo paljon tietoa ja osaamista, joten palliatiivisen hoidon ryhmä uskoo hoitajien hyötyvän eniten mahdollisuudesta yhteiseen keskusteluun ja kokemusten reflektointiin, luentomuotoisen koulutuksen sijaan. Näihin koulutus- ja keskustelutilaisuuksiin on myös tarkoitus kutsua eri alojen asiantuntijoita puhumaan esimerkiksi potilaan hengellisestä tukemisesta ja vuorovaikutuksen merkityksestä.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys edellyttää, että sen tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä eli tutkija osoittaa hallitsevansa tutkimuksessaan tutkimusmenetelmät sekä tiedonhankinnan ja käsittelee tutkimustuloksia johdonmukaisesti. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009; Vilkkä 2005.) Eettiset kysymyksenasettelut tulee näkyä opinnäytetyön kaikissa vaiheissa (Diakoniamattikorkeakoulu 2010). Kysymyslomakkeen kysymyksiä laadittaessa oli tärkeää huomioida tutkimuksen eettisyys. Kysymykset eivät saaneet olla asenteellisia tai johdattelevia, jotta tutkimuksen tulokset eivät vääristyisi. Tämä työvaihe osoittautui yllättävän vaativaksi.

Palliatiivisen hoidon yhteyshenkilöryhmän toiveena oli aluksi, että ottaisimme kyselyyn mukaan kaikki Varkauden tehostetun palveluasumisen yksiköt. Vastaajamäärä olisi silloin ollut noin 150 henkilöä. Tämä olisi ollut toteutettavissa, jos olisimme muuttaneet tutkimuksen puhtaasti kvantitatiiviseksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen strukturoitujen kysymysten valmiit vastausvaihtoehdot olisi kuitenkin täytynyt ensin määrittää esimerkiksi tehostetun palveluasumisen henkilökunnalta teemahaastatteluilla kerätystä aineistosta. Tähän meillä ei opinnäytetyön puitteissa olisi ollut aikaa. Ilman taustatutkimusta muodostetuilla strukturoiduilla kysymyksillä emme olisi saaneet todellista kuvaa saatohoidon toteuttamiseen vaikuttavista tekijöistä. Olisimme saaneet käsityksen vain niistä asioista, joita kysyimme. Avoimet laadulliset kysymykset antoivat vastaajille mahdollisuuden nostaa esiin juuri ne tekijät, jotka he kokevat tärkeiksi.

Koska päädyimme rajaamaan vastaajien määrää, jouduimme pohtimaan siihen eri vaihtoehtoja. Olisimme voineet ottaa kyselyyn mukaan jokaisesta kaupungin alueella olevasta rakennuksesta (Käpyrinne, Louhirinne 1, Louhirinne 2) esimerkiksi yhden tai kaksi osastoa. Päädyimme kuitenkin yhdessä tilaajan kanssa ratkaisuun rajata Louhirinne 2 kyselyn ulkopuolelle yksikössä toteutuvien muutosten vuoksi. Muutostilassa olevan yksikön henkilökunnan vastaukset olisivat saattaneet myös vääristää tutkimuksen tuloksia. Näin välttyttiin myös mahdollisilta eettisiltä ongelmilta, joita vastaajajoukon rajaaminen yksikön sisällä olisi tuonut.

Kaikkien vastaajien vastausprosentti (55) jäi vaatimattomammaksi kuin mitä olisimme toivoneet. Se on kuitenkin tulosten vaikuttavuuden kannalta riittävä. Sairaanhoitajien ammattiryhmän kohdalla vastausprosentti oli korkeampi, joten niiden osalta tutkimuksen tuloksia voidaan pitää erittäin luotettavina. Kysely lähetettiin yhteensä 13 sairaanhoitajalle ja 3 esimiehelle, jolla on sairaanhoitajatutkinto. Näistä 13:sta hoitotyötä tekevistä sairaanhoitajasta 11 vastasi. Tiedot kyselyn saaneiden sairaanhoitajien määrästä saimme yksiköiden esimiehiltä, näin pystyimme laskemaan vastausprosentin myös ammattiryhmäkohtaisesti. Saatua vastauksia emme pysty kohdistamaan vastaajiin.

Kaikista vastaajista 38 oli lähi- tai perushoitajia ja 13 sairaanhoitajia eli sairaanhoitajien suhde lähi- tai perushoitajiin saaduissa vastauksissa oli 1/3. Kyselyyn vastanneissa yksiköissä näiden ammattiryhmien suhde on osastonhoitajan (Käpyrinne, 2 & 3) mukaan todellisuudessa keskimäärin 1/5. Otimme tämän seikan huomioon tulosten analysoinnissa ja teimme ristiintaulukointia myös ammattinimikkeen mukaan, koska lähi- tai perushoitajien ja sairaanhoitajien tulokset saattaisivat poiketa toisistaan jo pelkästään koulutuksen erojen vuoksi.

Tuloksia auki kirjoittaessa havaitsimme, että numeraaliset vastausvaihtoehdot, jotka kysymyslomaketta laadittaessa vaikuttivat toimivilta, olisivat kaivanneet rinnalleen sanallisen määrittelyn. Tulosten tulkinta olisi ollut selkeämpää, jos pystyisimme puhumaan ”hyvästä” tai ”erittäin hyvästä” osaamisesta tason 3 -osaamisen tai tason 4 -osaamisen sijaan. Tutkimuksen luotettavuuden vuoksi emme voi enää jälkikäteen muuttaa numeraalista tulosta sanalliseen muotoon.

Pohdimme ristiintaulukoinnin informaatioarvoa, onko esimerkiksi vastaajan ikä tai työkokemus alalla tutkimuskysymysten näkökulmasta oleellista. Työmme tilaajan kanssa olemme reflektoineet asiaa. Iän tai työvuosien perusteella emme raportoineet jakoa erikseen, hajonta eri vastausten välillä oli niin tasaista, ettei tämän kokoinen aineisto antaisi vastauksista luotettavaa kuvaa. Harkitsimme myös tulosten yksilöintiä yksikkö-/ osastokohtaisesti. Katsoimme kuitenkin parhaaksi kerätä vastauksen ilman mahdollisuutta tunnistamiseen, koska pelkäsimme, että se laskisi vastausprosenttia. Jo kyselylomakkeen saatekirjeessä kerroimme, että vastaaminen on luottamuksellista ja sen mukaan olemme koko opinnäytetyöprosessin aikana toimineet. Vastaajan työyksiköllä ei myöskään olisi ollut koulutustarpeen arvioinnin kannalta merkitystä, koska suunniteltu koulutus tultaisiin joka tapauksessa toteuttamaan yhteisesti kaikille tehostetussa palveluasumisessa työskenteleville hoitajille.

8.3 Kyselytutkimuksen toteutus ja ammatillinen kasvu

Saattohoito on kiinnostanut meitä molempia läpi opiskeluajan ja teeman ajankohtaisuus sekä runsas medianäkyvyys nosti aiheen taas pinnalle, kun opinnäytetyöprosessi käynnistyi. Valtakunnallinen palvelurakennemuutoksen myötä ikääntyneiden asumis- ja hoivapalvelut ovat siirtyneet laitoksista koteihin ja kodinomaisiin asumisyksiköihin. Jäimme miettimään, millainen vaikutus palvelurakenteen muuttumisella on saattohoidon laatuun. Warkauden Lehden yleisönosastolla keväällä 2014 käydyn keskustelun jälkeen alkoi opinnäytetyömme lopullinen aihe hahmottua. Entinen omaishoitaja kirjoitti puolisonsa saattohoidon esiintuomista tunteista, hänelle miehen kuolema tehostetun palveluasumisen yksikössä oli jäänyt mieleen painajaisena. (Warkauden Lehti 4.2.2014.) Tulevina hoitotyön ammattilaisina jäimme miettimään omaisen kokemusta laajemmasta näkökulmasta. Miten hoitajat ovat kokeneet saattohoidon toteutuneen tässä tapauksessa tai yleisesti?

Otimme keväällä 2014 yhteyttä erään Warkauden kaupungin tehostetun palveluasumisen yksikön osastonhoitajaan ja tiedustelimme tarvetta saattohoitoa käsittelevälle opinnäytetyölle. Aiheesta oltiin kiinnostuneita ja lopulta muutaman palaverin jälkeen aiheeksi valikoitui tehostetun palveluasumisen hoitohenkilökunnalle suunnattu kyselytutkimus,

jonka tarkoituksena olisi kartoittaa koulutustarvetta sekä hoitajien kokemuksia saattohoidon toteutumisesta. Työn varsinaiseksi tilaajaksi tuli palliatiivisen hoidon yhteyshenkilöryhmä, jonka vastuulla on aiheeseen liittyvän koulutuksen suunnittelu.

Opinnäytetyön aiheen varmistuttua osallistuimme syksyllä 2014 Varkauden seurakunnan diakoniatyön järjestämään vertaistukipäivään. Päivä oli suunnattu läheisensä saattohoidon jo kokeneille. Halusimme kuulla myös muiden omaisten kokemuksia, ennen kuin lähdemme toteuttamaan tutkimusta. Omaisia osallistui vertaispäivään viisi. Heistä kolme kertoi olevansa tehostetun palveluasumisen osastoilla annettavaan hoivaan ja hoitajiin yleisellä tasolla tyytyväisiä. Saattohoidon he olivat kokeneet kuitenkin osittain puutteelliseksi. Omaisten mukaan suurin epäkohta oli tiedon puute tai sen antaminen väärään aikaan. Omaiset kertoivat, että he olisivat kaivanneet kaiken kaikkiaan enemmän tietoa. Kivun hoidon epäonnistuminen oli myös iso asia omaisille.

Kun sen näkee, että toinen on tuskissaan niin se tuntui niin pahalta, miksei he voineet pistää sitä lääkettä. (Vertaispäivään osallistunut omainen, 25.10.2014)

Tämä sama kokemus oli ollut lehteen kirjoittaneella omaishoitajalla. Pohdimme kuolevan potilaan kivun hoitoa opinnäytetyömme prosessin myötä laajasti. Kyselyn tulosten mukaan hoitohenkilökunta arvioi osaamisensa kivun hoidossa varsin hyväksi, mutta lisäkoulutustakin toivottiin. Kipulääkkeiden saatavuuden tehostetussa palveluasumisessa osa hoitajista näki toisinaan haasteena, äkillisissä tilanteissa ei lääkeinjektioita ollut aina saatavilla, niiden kanssa kun oltiin kotisairaalan varassa. Tämä tutkimuksen tuloksista noussut epäkohta on myös palliatiivisen hoidon työryhmän tiedossa. Suomen nykyinen lainsäädäntö ei kuitenkaan anna mahdollisuutta ylläpitää yleistä lääkevalikoimaa kotiin rinnastettavissa yksiköissä. Kaikkien asiakkaiden käyttämien lääkkeiden tulee olla heille reseptillä määrättyjä ja itse hankittuja. Ei ole kuitenkaan järkevää kirjoittaa reseptillä voimakkaita, kalliita kipulääkkeiden jokaiselle asiakkaalle vain varmuuden vuoksi. Tähän tutkimustuloksista esiin tulleeseen ongelmaan palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöryhmä etsii nyt parhaillaan ratkaisua.

Kyselymme avointen kysymysten vastauksissa hoitohenkilökunta nosti esille muutamia muitakin organisaatioon ja tehostetun palveluasumisen tiloihin liittyviä kehittämiskoh-

teita. Koulutuksella, jonka tarvetta olemme pyrkineet selvittämään, ei pystytä parantamaan toimintaympäristöön liittyviä puutteita. Koulutuksella on kuitenkin mahdollisuus herättää uusia ajatuksia ja houkutella esiin oivalluksia.

Koska tutkimuksen tarkoitus oli selvittää henkilökunnan kokemuksia ja koulutustarpeita, tarvitsimme mahdollisimman laajan aineiston, jotta tutkimuksen tulokset olisivat luotettavia ja hyödynnettäviä koulutuksen suunnittelussa. Suurelle vastaajajoukolle sopii parhaiten määrällinen menetelmä, joten lähdimme työstämään kysymyksiä sen pohjalta. Mukaan otimme myös muutaman laadullisen kysymyksen, jotta saisimme kerättyä henkilökunnalta monipuolisia, aitoja kokemuksia ilman johdattelua. Määrällisillä kysymyksillä saimme parhaiten vastauksia tutkimuskysymyksiin *mistä kuolevan potilaan hoitoon liittyvästä asiasta hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa lisätietoa ja koulutusta sekä millaiseksi työntekijät kokevat saattohoito-osaamisensa*, kun taas laadullisten kysymysten vastaukset toivat tietoa tutkimuskysymykseen *mitkä tekijät vaikuttavat työntekijöiden mielestä saattohoidon toteutumiseen työyksikössä*. Kyselyn tuli olla riittävän lyhyt, jotta siihen vastaaminen onnistuu työajalla.

Kyselyn toteutimme kyselylomakkeella, jotta sen toistaminen onnistuu vaivattomasti tulevaisuudessakin. Toistamalla kysely muutaman vuoden kuluttua voidaan seurata saadun koulutuksen vaikuttavuutta. Webropol osoittautui helppokäyttöiseksi ja tarkoitukseemme toimivaksi työkaluksi. Kyselyn laatiminen oli yksinkertaista ja tulosten analysointi onnistui sujuvasti. Totesimme myös, että mahdollisuus muistutusten lähettämiseen teki osaltaan sähköpostikyselystä varsin oivan menetelmän. Tutkimuksen tekeminen ja tutkimuksellinen kirjoittaminen on ollut meille molemmille uutta. Meidän on täytynyt tutustua monipuolisesti tutkimuksen tekemistä koskevaan kirjallisuuteen, pohdita eri tutkimusmenetelmien hyötyjä ja erityispiirteitä ja lukea muita tutkimuksia saadaksemme kiinni tutkivasta työotteesta. Työn edetessä olimme säännöllisesti yhteydessä sekä työmme tilaajaan että yhteyshenkilöömme tehostetussa palveluasumisessa. Saimme aina tarvittaessa hyödyllisiä vinkkejä ja rakentavaa palautetta, jonka ansiosta työ eteni tasaisesti aikataulussaan. Tiivis yhteistyö tehostetun palveluasumisen esimiesten kanssa sekä heidän myötämielinen suhtautumisensa on motivoinut meitä jatkamaan. Meidän omat työtapamme ovat myös täydentäneet mainiosti toisiaan.

Opinnäytetyöprosessin edetessä kokemuksemme saattohoitotyön ainutlaatuisesta luonteesta on vahvistunut. Omaisia kuunnellessa tuntui entistä vahvemmin siltä, että ongelma ei aina niinkään ole siinä, mitä saattohoitovaiheessa tehdään (tai jätetään tekemättä), vaan ennemminkin siinä, miten tehdään. Kuolevan potilaan sekä hänen omaistensa kohtaaminen vaatii hoitajalta herkkiä tuntosarvia ja rautaista vuorovaikutustaitoa. Kliinisen hoitotyön toimintojen hallitseminen tuo otteisiin varmuutta, mutta niiden lisäksi tarvitaan ennen kaikkea taitoa pysähtyä kohtaamaan ihminen. Opiskelijana kuoleman äärelle astuu nöyrästi, jokainen kokemus on ollut ainutkertainen. Saattohoitotilanne on tärkeä oppimiskokemus hoitajalle, mutta ennen kaikkea se on ainutkertainen hetki potilaalle sekä omaisille. Saattohoidon on onnistuttava aina jo ensimmäisellä kerralla. Kokemus hyvästä kuolemasta voi kantaa surevia läheisiä kauan, kun taas pettymys saattaa lukkiuttaa suruprosessin ja estää kuoleman käsittelyn pitkäksi aikaa. Potilaan lisäksi hoidamme aina myös omaisia ja omaisten hyvinvointi vaikuttaa suoraan myös potilaaseen. Haluaisimme, että opinnäytetyömme ja saattohoitoteeman esilläolo lujittaa entisestään tehostetun palveluasumisen yksiköiden henkilökunnan ja omaisten välistä yhteistyötä, heidän välisellä toimivalla vuorovaikutuksella on etenkin saattohoitotyössä ratkaiseva merkitys.

Tämän opinnäytetyöprosessin myötä oma asiantuntijuutemme on vahvistunut. Olemme oppineet etsimään tietoa laajasti eri lähteistä ja arvioimaan sen luotettavuutta sekä hyödynnettävyyttä. Tunnistamme nyt entistä paremmin hoitotieteellisen, näyttöön perustuvan tutkimustiedon merkityksen hoitotyössä. Tutkittu tieto ja taito etsiä sitä oman toimintansa tueksi hyödyttää suoraan hoitotyön kohdetta, potilasta ja asiakasta. On tärkeää, että valmistuvat hoitajat oppivat jo koulutuksen aikana etsimään, arvioimaan ja hyödyntämään näyttöä käytännön toiminnan kehittämiseksi sekä potilashoidon laadun parantamiseksi. (Holopainen ym. 2013, 74–76). Tulevina hoitotyön ammattilaisina haluamme olla mukana jalkauttamassa näyttöön perustuvan tutkimustiedon tuloksia osaksi työyhteisöjen käytäntöjä. Sairaanhoitaja on nyt ja tulevaisuudessa käytännön hoitotyön osaaja, mutta myös oman alansa kehittäjä ja asiantuntija. Hoitotyön toimintojen opiskelu on tärkeää, mutta sairaanhoitajan ammattitaidon perusta rakentuu tutkivan työotteen pohjalle. Sairaanhoitajakoulutuksessa ei mielestämme voi liikaa korostaa tätä asiantuntijuuden ja hoitotyön kehittäjän roolia. Tärkeintä on oppia etsimään tietoa ja kysymään oikeita kysymyksiä, tarkastella hoitotyön eri ilmiöitä kriittisesti. Hoitotyössä ei tule koskaan valmiiksi, koulutuksen tärkein tehtävä on antaa opiskelijalle valmiudet itsensä ja työnsä kehittämiseen.

8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Johtopäätöksenä voimme todeta, että työntekijöiden tahtotila saattohoidon kehittämisen puolesta on korkea, mutta kehittämiseen vaadittavat resurssit eivät välttämättä kohtaa käytännön toteutuksen osalta. Hoitajamitoitusta tulisi tarkastella potilaiden hoidon tarpeen mukaisesti, koska pääsääntöisesti palveluasumisen iäkkäillä potilailla voinnissa voi tapahtua merkittäviä muutoksia lyhyessä ajassa. Saattohoidon toteutumista tulisi tarkastella valtakunnallisesti kaikista eri näkökulmista, esimerkiksi sairaaloiden ja hoi- vakotien uudisrakentamisessa kuin myös opetussuunnitelmia laatiessa. Työyhteisöissä saattohoidosta ja kivunhoidosta tulisi keskustella avoimesti, koska eri työntekijöiden käsitys laadukkaasta saattohoidosta tai riittävästä kivunhoidosta voi olla toisistaan poik- keava. Huhtisen (2005) laatima opetussuunnitelma olisikin oiva tapa herätellä keskuste- lua työnohjauksellisen menetelmän avulla.

Jatkotutkimusaiheina olisi hyvä selvittää omaisten ajatuksia samasta aiheesta, miten he kokevat työntekijöiden osaamisen ja mitä asioita heidän mielestä tulisi kehittää. Edelli- seen lisäksi tutkia voisi myös työyhteisöjen toimintatapoja, vuorovaikutustaitoja sekä työ- ilmapiiiriä: onko näillä tekijöillä vaikutusta toisiinsa ja esimerkiksi siihen, miten omaisten kanssa vuorovaikutus onnistuu? Olisi myös mielenkiintoista tehdä vertailevaa tutkimusta eri tekijöiden vaikutuksista saattohoidon laatuun. Vertailua voisi tehdä esimerkiksi kah- den eri yksikön välillä, joista toisessa on panostettu hoitajien saattohoitokoulutukseen ja toisessa suurempaan hoitajamitoitukseen. Kummalla on enemmän vaikutusta saattohoi- don laatuun, osaamisella vai henkilökunnan määrällä? Saattohoidon toteutumista ja laatua tutkittaessa selvitetään yleensä hoitavan osapuolen tai omaisten kokemuksia, koska saat- tohoidon kokenut potilas ei pysty itse enää kyselyihin vastaamaan. Voisi kuitenkin olla hyödyllistä selvittää myös tehostetun palveluasumisen yksiköiden asiakkaiden toiveita elämän loppuvaihetta ja saattohoitoa ajatellen, edes hypoteettisesta näkökulmasta.

LÄHTEET

- Aejmelaesus, Riitta; Kan, Suvi; Katajisto, Kaija-Riitta & Pohjola, Leena 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Porvoo: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Ahlblad, Jaana 2014. Saattohoito: Kahdeksan katsetta kuolemaan. Lääkärilehti. Viitattu 10.2.2015. Saatavissa nelliportaali.fi, medic- aineisto.
- Antikainen, Riitta; Konttila, Tarja; Virolainen, Jukka & Strandberg, Timo 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Suomen lääkäri-lehti. 68 (12). Viitattu 12.1.2015. Saatavissa nelliportaali.fi, medic- aineisto.
- Anttonen, Mirja Sisko 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Elina Grönlund; Mirja Sisko Anttonen; Susanna Lehtomäki & Eva Agge (toim.) sairaanhoitaja ja kuolevan hoito 2008. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 50–55.
- Diakonia-Ammattikorkeakoulu 2010. Kohti Tutkivaa Ammattikäytäntöä. Viitattu 29.9.2014.
www.diak.fi/tyoelama/Julkaisut/.../C_17_ISBN_9789524930994.pdf
- Eduskunta 2015. Sosiaali- ja terveysvaliokunta ei jatka sote-käsittelyä. Tiedote. Viitattu 5.3.2015.
<http://web.eduskunta.fi/Resource.phx/pubman/templates/1.htx?id=7325>
- Eho, Sirkka; Hänninen, Juha; Kannel, Virpi; Pahlman, Irma & Halila, Ritva 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Viitattu 9.2.2015.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf
- Etene –Valtakunnallinen Sosiaali- Ja Terveysalan Eettinen Neuvottelukunta 2012. Saattohoito Suomessa Vuosina 2001, 2009 Ja 2012, Suunnitelmat Ja Toteutus. Etene-Julkaisut 36. Viitattu 9.9.2014.
[Http://Www.Etene.Fi/C/Document_Library/Get_File?Folderid=327515&Name=Dlfe-5607.Pdf](http://Www.Etene.Fi/C/Document_Library/Get_File?Folderid=327515&Name=Dlfe-5607.Pdf)

- Etene – Valtakunnallinen Terveystieteiden Eettinen Neuvottelukunta 2002. Kuolemaan Liittyvät Eettiset Kysymykset Terveystieteidenhuollossa. Etene-Julkaisu 4. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Grönlund, Elina & Huhtinen Aili 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.
- Hannikainen, Petri 2008. Potilaan itsemääräämisoikeus, ammattihenkilöiden velvollisuudet ja eutanasia. Teoksessa Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva (toim.) sairaanhoitaja ja kuolevan hoito 2008. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 12–18.
- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita prima Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki Ja Kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hietanen, Päivi 2004. Vuorovaikutus ja ammatillinen asenne: Kohti kokonaisvaltaista hoitoa. Teoksessa Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi (toim.) Palliativinen hoito. Kustannus Oy Duodecim.
- Holopainen, Arja; Junttila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne & Seppänen, Salla 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy. 74-76.
- Huhtinen, Aili 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina, tutkimus kuolevan kohtaamiseen kasvamisesta. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto. 156–157.
- Hänninen, Juha 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, Juha & Anttonen Mirja Sisko 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva (toim.) sairaanhoitaja ja kuolevan hoito 2008. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu 176. 120–122.
- Kankkunen, Päivi; Taponen, Rauni & Suominen Tarja 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. Gerontologia. 21(7). 311–318.
- Karjalainen, Tuula & Ponkilainen, Sirkku 2008. Hoitotyöntekijöiden Tuki Kuolevan Potilaan Omaisille: Kyselytutkimus Hoitohenkilökunnalle. Pro Gradututkielma. Kuopion Yliopisto: Hoitotieteen Laitos.

- Kassara, Heidi; Paloposki, Sanna; Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Lipponen, Varpu; Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2004. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY
- Kirkkopalvelut ry 2014. Yhteisvastuu. Viitattu 10.10.2014.
<http://yhteisvastuu.fi/fi/ajankohtaista/133-saattohoito-on-yhteisvastuun-2014-kotimaankohde>
- Kokko, Pirjo-Liisa 2009. Iäkkäiden pitkäaikaishoidossa tarvittaessa annettavien lääkkeiden käyttö Espoossa – Analyysi kirjaamisesta. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. 34–50.
- Kokkonen, Paula; Holi, Tarja & Vasantola, Satu 2004. Hoitotahto. Helsinki: Talentum
- Korhonen, Anne; Jylhä, Virpi & Holopainen, Arja 2012. Millaiseen tietoon potilaan hoitoa koskevat päätökset perustuvat? Tutkiva hoitotyö. 10(1). 40–41.
- Korhonen, Teija; Holopainen, Arja; Kejonen, Pirjo; Meretoja, Riitta; Eriksson, Elina & Korhonen, Anne 2015. Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa. Tutkiva hoitotyö. 13 (1).
- Kuolevan potilaan oireiden hoito (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 (viitattu 5.10.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Laging, Bridget; Bauer, Michael; Ford, Rosemary & Nay Rhonda 2014. Decision to transfer to hospital from the residential aged care setting: a systematic review of qualitative evidence exploring residential aged care staff experiences. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. Viitattu 13.1.2015. Saatavissa <http://nelliportaali.fi> JBI- aineistosta.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 3§. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 7.2.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20oikeuksista>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 15§. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 7.2.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4>

- Lampén, Katri 2010. Hengellisten menetelmien käyttö lähihoitajan työssä pitkäaikais-
hoidossa. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Lipponen, Varpu & Karvinen Ikali 2014. Lupa lähteä: Hengellisyys saattohoidossa hoi-
tohenkilöstön kokemana. Gerontologia. 28(1), 33–35.
- Mykkänen, Minna; Huovinen, Henna; Miettinen, Merja & Saranto Kaija 2011. Doku-
mentointi parantaa turvallisuutta ja laatua. Sairaanhoitaja. 86(6-7).
- Mäkipää, Sanna & Krokfors, Ylva 2011. Asiantuntijuus ja monenlaiset potilaat. Teok-
sessa Ranta, Iiri 2011. Sairaanhoitaja asiantuntijana: Hoitotyön vuosikirja
2011. Helsinki: Fioca Oy. 47
- Regan, Ann; Tapley, Michael & Davis, Jolley 2014. Improving end of life care for peo-
ple with dementia. Art & Science: Academic journal. Viitattu 13.1.2015.
Saatavissa [http://nelliportaali.fi cinahl-aineisto](http://nelliportaali.fi/cinahl-aineisto).
- Saarto, Tiina; Halinen, Kaisa; Ahlblad, Jaana; Utriainen, Terhi; Lindgren, Minna; Kont-
tila, Tarja; Lahti, Pirkko; Hallamaa, Jaana; Sirola, Jonne; Puustinen, Rai-
mo; Karjalainen, Pirkko; Papinaho, Sari; Peiponen, Arja; Juva, Kati; Kal-
lunki, Mika; Kuuskoski, Eeva; Vainio, Anneli; Sipiläinen, Heidi & Stoor,
Håkan 2014. Vanhuuskuolema. Konsensuslausuma. Viitattu 10.2.2015.
Saatavissa [nelliportaali.fi, medic- aineisto](http://nelliportaali.fi/medic-aineisto).
- Salminen, Pauliina & Tuominen, Matti 2014. Terhokodin johtaja: Saattohoidosta sää-
dettävä laki. Keskisuomalainen. Viitattu 9.2.2015.
[http://www.ksml.fi/uutiset/kotimaa/laakari-saattohoidosta-saadettava-
laki/1756977](http://www.ksml.fi/uutiset/kotimaa/laakari-saattohoidosta-saadettava-laki/1756977)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa, Asiantuntijakuulemi-
seen perustuvat saattohoitosuositukset. Viitattu 11.10.2014.
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=
DLFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja
palvelujen parantamiseksi. Viitattu 5.3.2015.
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=
DLFE-26915.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Tiedote 34/2014 27.02.2014; Iäkkäiden laitoshoidoa
vähennetään useilla erilaisilla toimenpiteillä. Viitattu 26.2.2015.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1875929>

- Suhonen, Riitta; Stolt, Minna; Gustafsson, Marja-Liisa; Katajisto, Jouko & Puro, Markku 2012. Ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä työskentelevien hoitajien työtyytyväisyys. *Hoitotiede*. 24(1), 27–37.
- Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys 2014. Viitattu 10.10.2014.
http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/
- Vaajoki, Anne & Haatainen, Kaisa 2014. Kivunhoito näkyviin ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmassa. *Tutkiva hoitotyö*. 12(3). 45–46.
- Valvira i.a. Saattohoito. Viitattu 11.2.2015.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito
- Varkauden kaupunki 2013. Varkauden kaupunkistrategia. Viitattu 5.3.2015.
<http://varkaus-fi-bin.aldone.fi/@Bin/b00d8ae702937dfb9fd7f49ba8209601/1425547394/application/pdf/2879338/Varkaus%20kaupunkistrategia%20sis%C3%A4lt%C3%B6%2017062013%20kv%20final.pdf>
- Varkauden kaupunki 2014a. Varkauden vanhuuspoliittinen ohjelma. Viitattu 10.10.2014. http://varkaus-fi-bin.aldone.fi/@Bin/946f0bb798084224b448191af73d961f/1412966257/application/pdf/78768/2277-Varkauden_vanhuspoliittinen_ohjelma_2007-2015.pdf
- Varkauden kaupunki 2014b. Varkauden hyvinvointikertomus 2013-2016. Viitattu 5.3.2015. <http://varkaus-fi-bin.aldone.fi/@Bin/783550f2cee5ed69314a7ae5ad916302/1425547570/application/pdf/3566627/Varkauden%20kaupungin%20hyvinvointikertomus%202013-2016.pdf>
- Varkauden kaupunki 2015a. Varkautelaisen ikäihmisen palveluopas. Viitattu 5.3.2015.
<http://varkaus-fi-bin.aldone.fi/@Bin/c7c227d66da335703e47e6d296388c67/1425547712/application/pdf/4270080/Varkautelaisen%20i%C3%A4ihmisen%20palveluopas%202015.pdf>
- Varkauden kaupunki 2015b. Varkauden ikäihmistien ohjelma 2015-2017.
- Vilkkä, Hanna 2005. *Tutki Ja Kehitä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvä hoitotyön ammattilainen

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa Pieksämäellä sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyönämme kyselytutkimusta Varkauden kaupungin tehostetun palveluasumisen henkilökunnalle. Opinnäytetyömme tilaaja, Varkauden kaupungin palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöryhmä haluaa selvittää, mistä kuolevan potilaan hoitoon liittyvästä asiasta hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa lisätietoa ja koulutusta. Tarkoituksenamme on myös selvittää, kuinka henkilökunta arvioi saattohoidon toteutumista työyksiköissään.

Toivomme, että ehtisit vastata lyhyeen kyselyymme. Jokainen vastaus on työmme kannalta tärkeä. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 10- 15 minuuttia.

Lämpimät kiitokset osallistumisesta,

Katri Auvila ja Terhi Auvinen

Kyselytutkimus saattohoidosta

1. Vastaajan tiedot

(Valitse joka kohdasta vain yksi vastausvaihtoehto)

a) Ikä

- ☐ alle 20
- ☐ 20-29
- ☐ 30-39
- ☐ 40-50
- ☐ yli 50

b) Ammattinimike

- ☐ lähihoitaja/ perushoitaja
- ☐ sairaanhoitaja

c) Koulutus (tutkinto suoritettuna)

- ☐ opisto
- ☐ oppisopimus
- ☐ ammattikoulu
- ☐ ammattikorkeakoulu
- ☐ yliopisto
- ☐ muu:

d) Työvuodet alalla

- ☐ alle 1 vuosi
- ☐ 1-5 vuotta
- ☐ 6-10 vuotta
- ☐ 11-20 vuotta
- ☐ yli 20 vuotta

2. Kuinka tällä hetkellä hyödynnät työssäsi erilaista tietoa, tukea, ohjeita ja materiaaleja?

(Valitse joka kohdasta vain yksi vastausvaihtoehto)

a) Kuinka usein hyödynnät työssäsi Efficassa olevaa materiaalia saattohoidosta

- ☐ hyödynnän säännöllisesti
- ☐ hyödynnän satunnaisesti
- ☐ en ole ollut tietoinen materiaalista
- ☐ olen tietoinen, mutta en hyödynnä työssäni. Miksi:

c) Hyödynnätkö työssäsi KYSin palliatiivisen poliklinikan konsultaatioapua

- ☐ hyödynnän säännöllisesti
- ☐ hyödynnän satunnaisesti
- ☐ en ole ollut tietoinen konsultaatioavun mahdollisuudesta
- ☐ olen tietoinen, mutta en hyödynnä työssäni. Miksi:

e) Hyödynnätkö työssäsi kuolevan potilaan käypähoitosuositusta

- ☐ hyödynnän säännöllisesti
- ☐ hyödynnän satunnaisesti
- ☐ en ole ollut tietoinen suosituksista
- ☐ olen tietoinen, mutta en hyödynnä työssäni. Miksi:

f) Hyödynnätkö työssäsi Terveysportin hoitajille suunnattuja tietokantoja

- ☐ hyödynnän säännöllisesti
- ☐ hyödynnän satunnaisesti
- ☐ en ole ollut tietoinen käytettävissä olevista Terveysportin tietokannoista
- ☐ olen tietoinen, mutta en hyödynnä työssäni. Miksi:

g) Hyödynnätkö työssäsi vapaaehtoisia saattohoitotukihenkilöitä

- ☐ hyödynnän säännöllisesti
- ☐ hyödynnän satunnaisesti
- ☐ en ole ollut tietoinen saattotukihenkilöistä
- ☐ olen tietoinen, mutta en hyödynnä työssäni. Miksi:

3. Saatko saattohoitotyöhön tarvittavaa tukea riittävästi?

(Valitse joka kohdasta vain yksi vastausvaihtoehto)

a) osaston muulta henkilökunnalta	En lainkaan (1) (2) (3) (4) (5) Riittävästi
b) esimiehiltä	En lainkaan (1) (2) (3) (4) (5) Riittävästi
c) hoitavalta lääkäriltä	En lainkaan (1) (2) (3) (4) (5) Riittävästi
d) päivystyksestä	En lainkaan (1) (2) (3) (4) (5) Riittävästi
e) erikoissairaanhoidosta	En lainkaan (1) (2) (3) (4) (5) Riittävästi

4. Arvioi osaamistasi

(Valitse joka kohdasta vain yksi vastausvaihtoehto)

a) kivun arviointi/ hoito	Ei lainkaan (1) (2) (3) (4) (5) Riittävää
b) kirjaaminen	Ei lainkaan (1) (2) (3) (4) (5) Riittävää
c) kuolemaan liittyvien oireiden arviointi/ hoito	Ei lainkaan (1) (2) (3) (4) (5) Riittävää
d) kuolevan potilaan kohtaaminen	Ei lainkaan (1) (2) (3) (4) (5) Riittävää
e) potilaan hengelliset tarpeet	Ei lainkaan (1) (2) (3) (4) (5) Riittävää
f) kuolevan potilaan omaisten kohtaaminen	Ei lainkaan (1) (2) (3) (4) (5) Riittävää

5. Tarvitsisitko koulutusta seuraavista aiheista

a) kivun arviointi/ hoito	(Kyllä) (En)
b) kirjaaminen	(Kyllä) (En)
c) kuolemaan liittyvien oireiden arviointi/ hoito	(Kyllä) (En)
d) kuolevan potilaan kohtaaminen	(Kyllä) (En)
e) potilaan hengelliset tarpeet	(Kyllä) (En)
f) kuolevan potilaan omaisten kohtaaminen	(Kyllä) (En)
g) Jostain muusta saattohoitoon liittyvästä, mistä?	(Kyllä) (En)

6. Miten seuraavat tekijät vaikuttavat saattohoidon onnistumiseen työyksikössäsi?

(Valitse joka kohdasta vain yksi vastausvaihtoehto)

a) Henkilöstömäärä/ henkilöstörakenne	Heikentävästi (1) (2) (3) (4) (5) Edistävästi
b) Henkilökunnan osaaminen	Heikentävästi (1) (2) (3) (4) (5) Edistävästi
f) Esimiehet	Heikentävästi (1) (2) (3) (4) (5) Edistävästi
g) Omaiset	Heikentävästi (1) (2) (3) (4) (5) Edistävästi
h) Yhteistyö lääkärin kanssa	Heikentävästi (1) (2) (3) (4) (5) Edistävästi
i) Yhteistyö kotisairaalan kanssa	Heikentävästi (1) (2) (3) (4) (5) Edistävästi
j) Yhteistyö päivystyspoliklinikan kanssa	Heikentävästi (1) (2) (3) (4) (5) Edistävästi

7. Mitkä tekijät olet kokenut haasteina saattohoidon onnistuneelle toteutumiselle?

8. Kuinka kehittäisit saattohoitoa yksikössäsi?

9. Mitä muuta haluat sanoa saattohoidosta työyksikössäsi?